diabetes zeitung

Herausgegeben von der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

11. Jahrgang · Nr. 1 · 7820 · 18. Februar 2026

Ob mit oder ohne Diabetes im Straßenverkehr unterwegs: Das macht kaum mehr einen Unterschied.

Foto: ikryannikovgmailcom/gettyimages

Steuerbar

Aktualisierte Leitlinie will Vorurteile aus dem Weg räumen

BERLIN. Moderne Diabetestherapien ermöglichen ein hohes Maß an Kontrolle und Steuerung – auch im Straßenverkehr.

Menschen mit Diabetes sind heute im Straßenverkehr fast genauso sicher unterwegs wie Menschen ohne Diabetes – dank moderner Diabetestechnik und Medikamenten, die keine Unterzuckerungen auslösen können. Es hat sich viel geändert, viel verbessert – und deshalb wurde nun die S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ auf den neuesten Stand gebracht. Im Fokus steht neben der Fahrsicherheit die berufliche Teilhabe: Viele Vorschriften sind überholt, pauschale Ausschlüsse medizinisch nicht mehr gerechtfertigt. Darauf macht der Ausschuss Soziales aufmerksam.

Praktisch: In der Leitlinie werden erstmals alle aktuellen Handlungsempfehlungen zusammengefasst. Eine Patientenleitlinie ist in Arbeit. 4

Kodieren ja, Bezahlung nein

WIESBADEN. Wann gilt eine Hypoglykämie als Komplikation? Wann bekommen Kliniken Geld für die Behandlung? Der Schlichtungsausschuss hat nach § 19 KHG festgelegt: Vergütet wird die Behandlung nur, wenn ein diabetisches Koma vorliegt. Dagegen gibt es gute Argumente – und Empfehlungen und Hilfe von DDG und BVKD. 8

Abwarten kostet Lebensjahre

DANK fordert: 2026 soll das Jahr der Prävention werden

BERLIN. In der Präventionspolitik steht Deutschland nicht gut da – nämlich im Vergleich mit 18 europäischen Ländern auf dem vorletzten Platz. Noch träger in diesem so wichtigen Politikfeld ist nur die Schweiz; Österreich und Luxemburg stehen nur wenig besser da als Deutschland. Das ist eines der Ergebnisse des Public Health Index 2025, vorgelegt von der AOK und dem Deutschen Krebsforschungszentrum. Es fehle in Deutschland der politische Wille, die Prävention zu stärken, der Lobby-Einfluss sei stark und wissenschaftliche Evidenz werde zu wenig genutzt, schreiben die Index-Autor*innen.

Als Mitglied im Wissenschaftsbündnis DANK fordert die DDG schon lange, wirksame Präventionsmaßnahmen nicht noch länger zu verschleppen. „2026 muss das Jahr der Prävention werden. Abwarten und untätig bleiben kostet Lebensjahre und Wirtschaftskraft“, fasst Barbara Bitzer, DANK-Sprecherin und Geschäftsführerin der Deutschen Diabetes Gesellschaft, zusammen. 6

Diabetes und Krebs verhindern

BERLIN/MÜNCHEN. Krebs ist die häufigste Todesursache bei Menschen mit Typ-2-Diabetes. Deshalb ist es das Ziel der AG Diabetes & Krebs, Früherkennung und Forschung voranzutreiben. Wie die beiden Erkrankungen zusammenhängen und wie die AG der DDG sich für Prävention engagiert, erklären Prof. Scherübl und Prof. Herzig im Interview. 16

MedTriX Group

Adressfeld

Spritzen oder sprayen

Nasenspray mit Glukagon ist teurer – wann werden die Kosten übernommen?

HEIDENHEIM. Bei einer schweren Unterzuckerung Glukagon zu spritzen, ist für viele gar nicht so einfach und damit fehleranfällig. Die Alternative: Nasenspray mit Glukagon, das auch von über 90 % der ungeschulten Laien korrekt appliziert wird. Das Spray ist aber fast dreimal so teuer wie die Glukagon-Notfallpen-Sets. Viele Krankenkassen lehnen deshalb die Übernahme der Kosten ab. Die Chance auf wirksame Hilfe haben also vor allem diejenigen, die sich das Spray leisten können, sagt Toralf Schwarz vom BVND. Was tun? Der Rechtsanwalt Oliver Ebert rät zu einer detaillierten Dokumentation. Wie genau vorgegangen werden sollte, steht auf Seite 7

Foto: Design one – stock.adobe.com

Wertvoll, aber nicht gesichert

WIESBADEN. In Deutschland gibt es mehrere regionale Inzidenzregister für Typ-1-Diabetes und die bundesweite ESPED. Sie liefern wertvolle und wichtige Daten darüber, wie sich die Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. Was oft fehlt: eine nachhaltige finanzielle Unterstützung. Derzeit basiert die Dokumentation auf freiwilligem Engagement und ist strukturell kaum abgesichert. 17

Seite 18 **Zusammen starten und wachsen**

BERLIN. Ein Mentoringprogramm soll angehenden Diabetesberater*innen den Start erleichtern, Ängste abbauen und Selbstvertrauen vermitteln. Profitieren können auch die Mentor*innen.

Revolution der Mittel – Realität der Menschen.

60 DIABETES KONGRESS 2026 DDG

13. – 16. Mai 2026

2026 soll besonders der Austausch gefördert werden. Wie? Siehe Seite 12.

www.diabeteskongress.de

Seite 20 **Alternative Energieträger**

DÜSSELDORF. Mitochondrien können bei Insulinresistenz nur eingeschränkt Ketonkörper verwerten. Eine Erkenntnis, die Möglichkeiten einschränkt – und neue eröffnet.

»Präventionspolitik: Deutschland sorgt kaum vor«

Präventionswende würde viel Leid verhindern – aber wann kommt sie?

Liebe Leserinnen und Leser,

immer noch gibt es Vorurteile, wenn Menschen mit Diabetes einen Pkw, einen Lkw, einen Bus oder auch ein Rettungs-, Polizei- oder Feuerwehrfahrzeug steuern. In der vom Ausschuss Soziales der DDG aktualisierten S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr" werden die meisten dieser Vorbehalte gut begründet entkräftet und vor allem das Risiko durch Hypoglykämien neu bewertet. Alle berufsrechtlichen Regelwerke müssten nun überprüft werden. Lesen Sie mehr auf Seite 4.

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

»2026: das Jahr der Prävention«

Diabetes zu verhindern, ist neben der Erforschung und Behandlung der Erkrankung ein Teil der Mission der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Gerade die Prävention ist aber nicht die Sache einer einzelnen medizinischen Fachgesellschaft, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – die in Deutschland nicht mit dem nötigen Nachdruck angegangen wird. Sichtbar macht das der Public Health Index, in dem Deutschland auf dem vorletzten Platz landet. Der Vorsorge so wenig Beachtung zu schenken, hat ganz konkrete Auswirkungen. Was das Wissenschaftsbündnis DANK deshalb fordert, steht auf Seite 6.

»Diabetesprävention ist auch Tumorprävention«

Wie wichtig Prävention ist, zeigt sich sowohl bei Diabetes als auch bei Krebs. Und wie stark die beiden Erkrankungen zusammenhängen, zeigt sich u. a. daran, dass Krebs seit einigen Jahren die häufigste Todesursache bei Typ-2-Diabetes ist. Für eine Erforschung des Zusammenhangs, für eine bessere Behandlung und sehr stark für die Vorsorge setzt sich die AG Diabetes & Krebs ein. Wie sich Früherkennung und Forschung voranbringen lassen, erklären die AG-Sprecher Professor Hans Scherübl und Professor Stephan Herzig auf Seite 16.

»Kodieren – aber ohne Bezahlung«

In der **diabetes zeitung** geht es immer wieder um die Vergütung erbrachter Leistungen – in dieser Ausgabe konkret darum, dass die Behandlung einer Hypoglykämie in der Klinik nur bezahlt wird, wenn es sich um ein hypoglykämisches Koma handelt. So hat es der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG entschieden. Die Auswirkungen sind nicht nur finanzieller Art, sondern können auch zu einer Unterversorgung von Menschen mit Unterzuckerungen ohne Bewusstlosigkeit führen. Was die DDG Kommission Kodierung und DRGs in der Diabetologie empfiehlt, erfahren Sie auf Seite 8.

»2026: doppelter Grund zum Feiern«

Vielleicht haben Sie auf der Titelseite das Logo des Diabetes Kongresses 2026 gesehen – und dabei die „60" entdeckt. Ja, der Diabetes Kongress findet in diesem Jahr zum 60. Mal statt! Auf Seite 12 können Sie sich schon über einige Highlight-Symposien und die Schwerpunkte informieren. Auch bei der **diabetes zeitung** (dz) gibt es etwas zu feiern: Die dz gibt es seit 10 Jahren. Wie 2016 alles begonnen hat, lesen Sie im Interview mit Professor Gallwitz, damals wie heute Mitglied des dz-Redaktionsbeirats – auf Seite 32.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

INHALT

News & Fakten
Aktualisierte Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr": mehr Sicherheit und berufliche Teilhabe; Public Health Index: DANK fordert Präventionswende; Spritze oder Spray bei schwerer Hypoglykämie?; Schlichtungsspruch zu Hypoglykämien als Komplikation; Nachruf auf Dr. Richard Daikeler; Neues aus der Diabetesforschung 4–10

Kongress aktuell
Diabetes Kongress 2026: Highlight-Symposien und Themenschwerpunkte; JA-PED 2025: Interview zur Tagung; AE-Kongress: Optimierung der Stoffwechsellage vor Endoprothetik-OP; Diabetes Herbsttagung 2025: „Darm, Diät, Diabetes" – neue Therapieansätze, DFS-Behandlung bei Älteren 12–15, 19

Das Interview
Prof. Dr. Hans Scherübl und Prof. Dr. Stephan Herzig, Sprecher der AG Diabetes & Krebs: Diabetesprävention ist Tumorprävention 16

Im Blickpunkt
Typ-1-Diabetes-Inzidenzregister in Deutschland; Mentoring-Programm zur Diabetesedukation DDG – Interview mit Mentor Sebastian Bittner; Zertifiziertes Zentrum: Kinderdiabetologie des Klinikums Dritter Orden München-Nymphenburg; Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Medizin 17–18, 25

Forum Literatur
Eingeschränkte Ketonkörperverwertung bei Insulinresistenz inkl. Interview mit Erstautoren Dr. Elric Zweck und Dr. Sarah Piehl 20

Medizin & Markt
Berichte aus der Industrie 23

Kurznachrichten
Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen, neue Diabetologinnen und Diabetologen DDG; neue Fachpsychologin DDG 26

Weiterbildung & Qualifikation
Diabetesedukation DDG (Diabetesberater*in DDG, Diabetesassistent*in DDG); Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende; Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik); Diabetesversierte Pflege DDG; Fuß- und Wundassistent*in DDG; Diabetescoach DDG; Adipositasberater*in DAG-DDG; Orthopädieschuhmacher*in DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog*in DDG .. 28–29, 31

Job- & Praxenbörse
Stellenangebote 30–31

Buntes 32

diabeteszeitung

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

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

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

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

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

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil

Redaktionsbeirat:
Franziska Bischof, Barbara Bitzer, Kathrin Boehm, Prof. Dr. Andreas Fritsche, Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Dr. Astrid Glaser, Dr. Matthias Kaltheuner, Prof. Dr. Beate Karges, Prof. Dr. Monika Kellerer, Prof. Dr. Stefan Kopf, Prof. Dr. Andreas Neu, Prof. Dr. Annette Schürmann, Prof. Dr. Erhard Siegel, Prof. Dr. Thomas Skurk, Prof. Dr. Julia Szendrödi, Dr. Tobias Wiesner

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle: Franziska Fey

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

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

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

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

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

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

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

Fibroseverbesserung um ≥ 1 Stadium ohne Verschlechterung der Steatohepatitis (definiert als keine Zunahme des Scores für Ballooning, Entzündung oder Steatose).
Remission der MASH (Score von 0–1 für Entzündung, 0 für Ballooning und jeglicher Wert für Steatose) ohne Verschlechterung der Leberfibrose.
§ Stand 30. September 2025.

MASH: metabolische Dysfunktion-assoziierte Steatohepatitis.

1. Fachinformation Rezdiffra®, Stand August 2025. **2.** Madrigal Pharmaceuticals, Inc. Madrigal Pharmaceuticals Reports Third-Quarter 2025 Financial Results and Provides Corporate Updates. Online verfügbar unter https://ir.madrigalpharma.com/news-releases/news-release-details/madrigal-pharmaceuticals-reports-third-quarter-2025-financial (letzter Zugriff 11.11.2025).

▼ **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 (Fibrosestadien 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.

Madrigal

© 2025 Madrigal Pharmaceuticals GmbH. All rights reserved.

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

DE-PP-RES-00073 11/25

Wer Diabetes hat, beruflich am Steuer sitzt, bei Feuerwehr und Polizei arbeitet, sollte nicht benachteiligt werden.

Fotos: FG Trade/gettyimages, Marty's Art – stock.adobe.com

Mit Diabetes am Steuer: mehr Sicherheit und berufliche Teilhabe

Aktualisierte Leitlinie räumt mit Vorurteilen auf und fordert rechtliche Anpassungen

BERLIN. CGM- und AID-Systeme, aber auch moderne Medikamente, die keine Hypoglykämien mehr hervorrufen, sorgen dafür, dass Menschen mit Diabetes im Straßenverkehr heute fast genauso sicher unterwegs sind wie Verkehrsteilnehmende ohne Diabetes. Das zeigt die S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr", die der Ausschuss Soziales der DDG aktualisiert hat. Überholte Vorgaben in Beruf und Verkehr müssten nun daran angepasst werden, fordern Experten.

Zwar blieben für Menschen mit Diabetes während der Fahrt auftretende Hypos weiter das größte Risiko am Steuer, deren Zahl sei durch neue Technik, moderne Therapie und entsprechende Schulungen jedoch deutlich gesunken, erklärt Dr. Friedrich W. Petry, Mitautor der Leitlinie. Demnach bleibe das Unfallrisiko bei Diabetespatient*innen nur leicht erhöht im Vergleich zu anderen Erkrankungen wie ADHS oder obstruktiver Schlafapnoe (OSAS), die ein weitaus höheres Risiko für Unfälle mit sich brächten, so der Diabetologe am Medicum Wetzlar.

Die aktualisierte Leitlinie, deren Erstfassung vor neun Jahren veröffentlicht wurde, empfiehlt den Betroffenen weiterhin klare Alltagsregeln beim Fahren. Dazu zählt, dass sich die Betroffenen nur dann ans Steuer setzen sollten, wenn ihr Glukosewert entsprechend hoch ist. Menschen mit Diabetes, die ein CGM-System nutzen, wird dazu geraten, zu überprüfen, dass vor Fahrtantritt die Warnfunktionen ihrer Diabetestechnik aktiviert sind, und auch während der Fahrt die Trendpfeile im Auge zu behalten. Bei kritischen Werten empfiehlt die Leitlinie, die Fahrt zu unterbrechen und den Glukosewert zu stabilisieren.

Leitlinie setzt auf aktuelle Therapie und Technik

Seit der Erstfassung der Leitlinie im Jahr 2017 hat sich die Diabetesbehandlung spürbar verändert, allein durch den vermehrten Einsatz von CGM- und AID-Systemen bei Typ-1-Diabetes. Die Systeme machen durch Trendanzeigen und Alarme kritische Glukosewerte viel früher erkennbar. Durch neue Arzneimittel wie SGLT2- oder DPP4-Hemmer, die keine Unterzuckerungen mehr auslösen, ist auch das Management des Typ-2-Diabetes verlässlicher.

Die Leitlinie bündelt erstmals alle aktuellen Handlungsempfehlungen. Sie richtet sich an Menschen mit Diabetes, Diabetesteams, Behörden und Gutachter*innen und schafft eine verlässliche Grundlage für Beratung, Begutachtung und politische Entscheidungen. Eine Patientenleitlinie ist in Arbeit.

Veraltete berufliche Vorgaben überdenken

Neben der Fahrsicherheit rückt die Leitlinie auch die berufliche Teilhabe verstärkt in den Fokus. Viele berufsbezogenen Vorgaben, die Menschen mit Diabetes bislang vom Zugang zu bestimmten Tätigkeiten ausschließen – wie bei der Polizei, der Feuerwehr oder im Flug- oder Schifffahrtsverkehr –, basieren laut dem Ausschuss Soziales der DDG auf „überholten Einschätzungen". Diese stammten „aus einer Zeit, in der Glukosemessungen nur wenige Momentaufnahmen lieferten", wie Dr. Wolfgang Wagener, Koordinator der Leitlinie und Vorsitzender des Ausschusses, betont. Ein pauschaler Ausschluss allein aufgrund der Diagnose sei „medizinisch nicht mehr gerechtfertigt und daher diskriminierend". Alle berufsrechtlichen Vorgaben und Regelwerke müssten nun überprüft und an den aktuellen Stand angepasst werden, vor allem auch aus volkswirtschaftlichen Gründen, fordert er. „Wir können es uns nicht erlauben, auf motivierte und einsatzfähige Arbeitnehmer*innen zu verzichten", sagt Wagener.

Die Leitlinie empfiehlt daher, individuelle Risiken und Kompensationsmöglichkeiten wie Therapieform, Erfahrung im Umgang mit der Erkrankung, Nutzung von Warnsystemen und regelmäßige Schulungen stärker zu berücksichtigen.

Im Katastrophenschutz mit Diabetes? Das geht!

„Mit Disziplin, Verantwortung und moderner Technik kann ich meinen Alltag sicher gestalten – auch in Tätigkeitsbereichen, die hohe Konzentration verlangen", sagt der Zollbeamte Jens Wicklein, der seit seinem 14. Lebensjahr Typ-1-Diabetes hat und seit vielen Jahren auch sicherheitsrelevanten Aufgaben nachgeht: Er fährt Lkw und Bus, arbeitet im waffentragenden Ermittlungsdienst. Daneben ist er seit über 30 Jahren in der freiwilligen Feuerwehr aktiv, inzwischen gibt er als Hauptbrandmeister Lehrgänge in Absturzsicherung und Atemschutz und ist berechtigt, Fahrzeuge, auch Drehleitern, zu führen. Zudem war er lange Zeit in der Grundausbildung der Feuerwehr tätig. Seit über zehn Jahren engagiert er sich überdies beim Deutschen Roten Kreuz – als Leiter einer Bereitschaft und als Zugführer im Katastrophenschutz. Mit der medizinischen Qualifikation eines Rettungssanitäters ist Wicklein auch befugt, einen Rettungswagen zu fahren.

„Vor einigen Jahrzehnten wäre vieles, was ich heute mache, kaum denkbar gewesen", betont er. Durch die Warnsysteme von Pumpe und CGM fühlt er sich sicher und wehrt sich gegen althergebrachte Vorurteile, etwa dass Menschen mit Diabetes nicht belastbar seien, bestimmte Berufe nicht ausüben dürften oder ein Sicherheitsrisiko darstellten.

„Einige Vorstellungen von Diabetes stammen aus einer Zeit, in der die Behandlung unzuverlässiger war." Doch die Technik allein reiche nicht aus, um den Diabetes erfolgreich zu managen, entscheidend sei auch die Selbstdisziplin. „Wir müssen täglich unsere Werte prüfen, Insulin anpassen, Arzttermine wahrnehmen, Ernährung und Bewegung im Blick behalten. Aber genau dieser erhöhte Aufwand macht uns leistungsfähig", so der Zollbeamte. Sein Alltag wie auch der vieler anderer Betroffener zeige, „dass Diabetes kein Ausschlusskriterium mehr sein darf".

Politik, Arbeitsmedizin, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen müssten nun alle Eignungsgrundlagen auf den aktuellen Stand moderner Diabetologie bringen, erklärt Dr. Wagner. „Risikomanagement baut auf Kompensation", führt er an, was heute beim Diabetes „nicht nur im Straßenverkehr, sondern auch in den einzelnen Berufs- und Tätigkeitsfeldern viel, viel besser und leichter denn je möglich" sei.

Die Leitlinie könne Menschen mit Diabetes nun neue berufliche Perspektiven eröffnen, so die DDG.

Angela Monecke

> »Ich habe Typ-1-Diabetes und fahre Rettungswagen«

> »Verkehrs- und Berufsrecht anpassen«

Wie wird das Risiko durch Unterzuckerungen heute bewertet?

- Das Unfallrisiko bei Menschen mit Diabetes ist mit 12 bis 19 % im Vergleich zu ADHS (300 %) und OSAS/Schlafapnoe (140 %) nur gering erhöht.
- Unverändert ist eine schwere Unterzuckerung das größte Risiko im Straßenverkehr. Kompensationsmaßnahmen können dieses Risiko deutlich reduzieren.
- Das Risiko für Unfälle und Beeinträchtigungen der Fahrtauglichkeit durch Hypoglykämien hat sich seit 2017 deutlich reduziert (Einschätzung Leitliniengruppe).

S2e-Leitlinie Diabetes und Straßenverkehr:
ddg.info/behandlung-leitlinien/leitlinien-praxisempfehlungen

Ozempic®
2 mg.
Stärker denn je.[1]

Bald
verfügbar

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

DE25OZM00507

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

1. Frías JP, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021; 9:563–574. ***Einzelheiten zur Studie:*** SUSTAIN FORTE war eine 40-wöchige, randomisierte, doppelblinde, multizentrische, multinationale, parallelgruppen Phase-3b Studie, in der die Wirksamkeit und Sicherheit von einmal wöchentlich verabreichtem Semaglutid 2,0 mg gegenüber Semaglutid 1,0 mg bei erwachsenen Patienten mit Typ-2-Diabetes untersucht wurde. Patienten wurden 1:1 randomisiert auf Semaglutid 2,0 mg bzw. Semaglutid 1,0 mg. Eingeschlossen wurden erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes, die eine unzureichende glykämische Kontrolle hatten (HbA_{1c}-Einschlussbereich in der Studie) und mit stabiler antidiabetischer Therapie (inkl. Metformin erlaubt) behandelt wurden; der mittlere Ausgangs-HbA_{1c} lag im Studienkollektiv bei etwa dem in der Publikation berichteten Wert. Ziel der Studie war, die Überlegenheit von Semaglutid 2,0 mg gegenüber Semaglutid 1,0 mg bezüglich HbA_{1c}-Senkung nach 40 Wochen zu prüfen sowie Sicherheits- und Verträglichkeitsprofile zu vergleichen. Der primäre Endpunkt war die Veränderung des HbA_{1c} gegenüber Baseline nach 40 Wochen. Zu den vordefinierten sekundären Endpunkten zählten die Veränderung des Körpergewichts gegenüber Baseline, der Anteil der Patienten, die bestimmte HbA_{1c}-Ziele (z. B. <7,0 %) erreichten, sowie Sicherheits- und Verträglichkeitsparameter (einschließlich gastrointestinaler Nebenwirkungen und schwerwiegender unerwünschter Ereignisse).

novo nordisk®

1x pro Woche
OZEMPIC®
Semaglutid Injektion

Deutschland fällt mit mangelhafter Präventionspolitik in Europa klar durch

DANK fordert für 2026 endlich die Präventionswende mit konkreten Maßnahmen

BERLIN. Deutschland muss bei der Prävention nichtübertragbarer Krankheiten dringend aufholen. Das zeigt eindrücklich der Public Health Index (PHI) 2025, den der AOK-Bundesverband und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) erstmals vorgelegt haben. Bei dem europaweiten Ranking, das Deutschlands Stärken und Schwächen in der Präventionspolitik im europäischen Vergleich offenlegt und internationale Best-Practice-Ansätze aufzeigt, landet die Bundesrepublik auf dem vorletzten Platz.

Die Diskussion um gesundheitsorientierte Steuerinstrumente ist nicht neu, angesichts steigender Krankheitszahlen, vor allem im Bereich Diabetes und Adipositas, aber dringlicher denn je: Zu viele Menschen in Deutschland verhalten sich weiter ungesund. Sie essen zu viel Süßes, hören nicht auf zu rauchen, konsumieren zu viel Alkohol und sollten sich mehr bewegen. Das zeigt der neue Index, der die **Hauptrisikofaktoren** für chronische Krankheiten wie Krebs, Typ-2-Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Fokus rückt: Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung. Beim Vergleich der Präventionspolitik von 18 zentral- und nordeuropäischen Ländern belegt Deutschland lediglich den 17. Rang und bildet somit gemeinsam mit Österreich und der Schweiz eines der Schlusslichter.

Deutschland verliert in fast allen Bereichen

In drei von vier Bereichen – Tabak, Alkohol und Ernährung – schneidet die Bundesrepublik auffallend schlecht ab, bei der Bewegung zumindest mittelmäßig. Ausgerechnet bei „besonders wirksamen Bereichen“ klafften hierzulande „große Lücken“, was maßgeblich das „schwache Gesamtergebnis“ erkläre, so das internationale Forschungsteam. Gerade bei strukturellen Maßnahmen des Kinder- und Jugendschutzes lege die deutsche Gesundheitspolitik ein „wenig ambitioniertes“ Verhalten an den Tag, so das Team.

Das zeigt sich auch in puncto **Ernährung**, wo die Bundesrepublik ebenfalls auf den hintersten Rängen landet – neben Luxemburg, Österreich und der Schweiz. Keine der sechs untersuchten Maßnahmen (s. Tabelle), mit denen man gesundes Essen fördern könnte, wurde hierzulande flächendeckend umgesetzt. Weder existieren landesweit verbindliche Qualitätsstandards für Schulessen noch Vorgaben für Snack- und Getränkeangebote an Schulen. Überdies gibt es keine Abgabe auf stark gezuckerte Softdrinks und auch keine wirksamen Regelungen zum Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung. Zum Vergleich: Das Vereinigte Königreich hat vier der sechs Maßnahmen eingeführt, darunter eine Abgabe für Softdrinks, die an den Zuckergehalt gekoppelt ist, sowie Mindeststandards für Schulverpflegung und sonstige Essensangebote an Schulen. Auch Finnland, Frankreich, Lettland und Polen unternehmen im Ernährungsbereich viel mehr, setzen jeweils drei der untersuchten Maßnahmen um und erreichten gute Werte. Studien zufolge seien vor allem verbindliche Standards für Schulessen und die Softdrink-Steuer besonders wirksam, während Einzelmaßnahmen immer begrenzt blieben. Nicht umsonst fordern Fachorganisationen einen umfassenden Maßnahmen-Mix, von dem Deutschland allerdings „noch weit entfernt“ sei.

> »Starker Lobbyeinfluss hierzulande«

Bei der **Bewegungsförderung** erfülle Deutschland zwar die formalen Kriterien, etwa durch nationale Bewegungsempfehlungen. „Eine umfassende Strategie zum Zufußgehen existiert erst seit 2025, beim Ausbau sicherer Wege entscheiden oft Länder oder Kommunen, sodass Aussagen dazu auf nationaler Ebene nicht möglich sind“, so das Forschungsteam. Damit landet Deutschland europaweit nur im Mittelfeld. Als Gründe dafür, dass die deutsche Präventionspolitik deutlich schlechter aufgestellt ist als in vielen anderen europäischen Ländern, zitieren die Autor*innen eine Lancet-Studie. Sie macht vor allem mangelnden politischen Willen, starken Lobbyeinfluss und eine zu geringe Nutzung wissenschaftlicher Evidenz verantwortlich, obwohl die Bevölkerung viele der wirksamsten Maßnahmen breit unterstütze.

DANK: 2026 muss das Jahr der Prävention werden!

Damit verspiele Deutschland sein **Präventionspotenzial**, vor allem bei den nichtübertragbaren Krankheiten, kommentiert Barbara Bitzer, Sprecherin des Wissenschaftsbündnisses DANK und DDG Geschäftsführerin, die Ergebnisse. Sie zeigten „eindrücklich, dass freiwillige Maßnahmen der Industrie und das mantraartige Wiederholen von Appellen an die Eigenverantwortung und Aufklärung allein gescheitert“ seien. „2026 muss das Jahr der Prävention werden“, forderte Bitzer auch zur Grünen Woche in Berlin. Das Wissenschaftsbündnis unterstützt hierbei besonders den jüngsten Vorstoß der CDU in Schleswig-Holstein, eine Zuckersteuer auf Softdrinks einzuführen. Solche „wegweisenden parteiinternen Appelle würden „im politischen Berlin leider verhallen“, so die Expertin. *Angela Monecke*

aok.de/pp/public-health/index

Ernährungspolitik: Deutschland und Spitzenreiter Vereinigtes Königreich im Vergleich

Politikfelder	Deutschland	Vereinigtes Königreich
Softdrink-Steuer	In Deutschland gibt es eine freiwillige Selbstverpflichtung der Hersteller, den Zuckeranteil in Softdrinks zu reduzieren, die sich als wenig wirksam erwiesen hat. **0 von 1 Punkt**	Im Vereinigten Königreich wurde 2018 eine nach dem Zuckergehalt gestaffelte Softdrink-Steuer eingeführt. **1 von 1 Punkt**
Sonstige gesundheitsbezogene Lebensmittelsteuern	Es gibt keine Steuer auf verarbeitete Lebensmittel mit einem hohen Zucker-, Fett- und/oder Salzgehalt. **0 von 1 Punkt**	Es gibt keine Steuer auf verarbeitete Lebensmittel mit einem hohen Zucker-, Fett- und/oder Salzgehalt. **0 von 1 Punkt**
Nährwertkennzeichnung	Der Nutri-Score auf der Verpackung bewertet Lebensmittel nach dem Ampelprinzip. Seine Verwendung ist jedoch nicht verbindlich. **0 von 1 Punkt**	Großbritannien war das erste Land in Europa, das auf eine farbliche Kennzeichnung setzt. Die Verwendung des Labels UK Multi-Traffic Light ist nicht verbindlich. **0 von 1 Punkt**
Beschränkung von an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung	Werbung für Lebensmittel mit einem hohen Gehalt an Fett, Zucker oder Salz darf mithilfe von Comicfiguren oder anderen Elementen direkt Kinder adressieren. **0 von 1 Punkt**	Für an Kinder gerichtete Werbung für Produkte mit hohem Zucker-, Salz- und Fettgehalt in Radio und Fernsehen gelten bereits seit 2007 verbindliche Beschränkungen. Seit Januar 2026 wird Werbung für ungesunde Lebensmittel nur noch nach 21 Uhr im Fernsehen ausgestrahlt und online gar nicht mehr gezeigt. **1 von 1 Punkt**
Qualitätsstandards für die Schulverpflegung	Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat Qualitätsstandards für die Schulverpflegung erstellt; diese sind aber nicht bundesweit verbindlich. Nur einzelne Bundesländer haben die Kriterien in ihr Regelwerk aufgenommen. **0 von 1 Punkt**	Es gibt verbindliche Regeln zum Kaloriengehalt und zu den zulässigen Lebensmittelgruppen in der Schulverpflegung. **1 von 1 Punkt**
Qualitätsstandards für sonstige Essensangebote an Schulen	Es gibt keine einheitlichen verbindlichen Regelungen für das sonstige Essensangebot an Schulen wie z. B. Snack-Automaten. **0 von 1 Punkt**	Für sonstige Essensangebote an Schulen wie Snack-Automaten gelten Mindeststandards: Der Kaloriengehalt und die zulässigen Lebensmittelgruppen sind verbindlich geregelt. **1 von 1 Punkt**

Die Briten zeigen, wie's geht. In Sachen Ernährungspolitik haben sie europaweit die Nase vorn, u. a. durch die Softdrink-Steuer und verbindliche Werbebeschränkungen für an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung. Quelle: PHI 2025

Agenda Diabetologie 2030 – Update

Mit der Agenda Diabetologie 2030 warnt die Deutsche Diabetes Gesellschaft vor einem drohenden Versorgungsnotstand für Menschen mit Diabetes und fordert dringend politische Maßnahmen zur Stärkung der Diabetologie in Klinik und Praxis.

Diese Forderungen erhält die DDG aufrecht, die Agenda ist aber um einige Zahlen ergänzt, erweitert und präzisiert worden. So wird, was die Diabetologie in Kliniken betrifft, näher auf die diabetologische Expertise in den verschiedenen Leistungsgruppen eingegangen und außerdem die Zusammenarbeit mit niedergelassenen diabetologischen Schwerpunktpraxen betont. Auch die Aus- und Weiterbildung und die volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Diabetes bekommen mehr Raum.

In den Forderungen finden sich aber auch einige ganz neue Punkte:

- Zertifizierte DDG Zentren sollen „national als Leuchttürme strukturierter, leitliniengerechter Versorgung gestärkt und sichtbar gemacht werden“.
- Leitlinienadhärenz und Versorgungsqualität sollen transsektoral messbar gemacht und regelmäßig evaluiert werden, zudem sollen Patientenperspektiven und patientenberichtete Outcomes (PROs) integriert werden.
- Ganz neu sind die drei Forderungen unter dem Schlagwort „Diabetes digital ergänzen“. Hier geht es um die Etablierung und Nutzung digitaler Tools, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Erweiterung des Dokumentationsdatensatzes im dDMP. *nf*

Die Agenda ist abrufbar unter
ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitspolitische-veroeffentlichungen

Tief eintauchen – mit Diabetologie DEEP

In der Fortbildungsreihe „Diabetologie DEEP“ soll das Wissen um häufig nachgefragte Themen vertieft und erweitert werden. Vorgesehene Themen sind u. a. Diabetestechnologie, Ernährung, Komorbiditäten und Schwangerschaft/Gestationsdiabetes.

- **Dauer:** zwei Stunden via Live-Webinar (Zoom)
- **Kosten:** pro Online-Kurs 49 Euro für DDG Mitglieder, 69 Euro für Nichtmitglieder
- Von der Ärztekammer Berlin und vom VDBD **anerkannte Fortbildungsveranstaltung** (4 Fortbildungspunkte)
- Mit der Teilnahme an drei DEEP-Seminaren ist die jährliche **Fortbildungsverpflichtung** als anerkannte*r Diabetolog*in DDG erfüllt.
- **Start:** 25. März, 18.00 – 20.00 Uhr, Thema: Neuerungen aus der Diabetestechnologie

nf

ddg.info/ddg-akademie/fuer-aerztinnen/kurs-diabetologie-deep

Schwere Hypo: Spritze oder Spray?

Fachverbände empfehlen Kostenübernahme für nasales Glukagon

HEIDENHEIM. Eine Person ist aufgrund einer schweren Hypoglykämie bewusstlos. Wegen der Erstickungsgefahr, etwa durch Traubenzucker, bleibt Ersthelfenden im Notfall nur, Glukagon zu verabreichen, ob per Spritze oder Nasenspray. Zwar ist die nasale Gabe einfacher und sicherer als eine Injektion, das Spray aber fast dreimal so teuer. Viele Kassen lehnen die Kostenübernahme dafür ab, Fachverbände empfehlen sie. Die Verordnung muss gut begründet sein, raten Juristen.

Für Kinder und Erwachsene unter Insulintherapie sind aktuell drei Präparate bei schwerer Unterzuckerung verfügbar: die beiden Glukagon-Notfallpen-Sets GlucaGen® HypoKit (nicht zubereitetes Glukagon) und Ogluo® (Glukagon-Fertigpen) sowie das Nasenspray Baqsimi®, das seit März 2020 erhältlich ist. Der BVND-Vorsitzende Toralf Schwarz warnt hier vor einem „praxisrelevanten Problem“: Es gebe keine Rechtsvorschrift, die Personen ohne medizinische Vorkenntnisse dazu verpflichtet, sich in der Medikamentenanwendung unterweisen zu lassen. Doch selbst bei geschulten Eltern oder Angehörigen sei die intramuskuläre Gabe des Präparats häufig fehlerhaft, wie eine Simulationsstudie gezeigt hat. In mehr als 80 % der Fälle würden ungeschulte Personen sogar kein Glukagon injizieren.

Bei der nasalen Variante bestehe diese Gefahr nicht, das Präparat lasse sich „ohne Fachkenntnisse“ verabreichen, so der Diabetologe. Es werde daher von 94 % der geschulten Behandelnden und auch von 93 % der ungeschulten Laien korrekt appliziert. Auch Helfende von Kindern und Jugendlichen in der Schule wendeten nasales Glukagon zuverlässiger an als intramuskuläres.

Bei der Verordnung von Glukagon umdenken?

Toralf Schwarz erscheint es aus ärztlicher Sicht jedenfalls „nicht mehr vertretbar“, ein Notfallmedikament wie die Glukagonspritze zu verordnen, bei dem die Wahrscheinlichkeit einer Anwendung etwa fünfmal niedriger liegt als bei nasalem Glukagon – mit einem allerdings fast dreifach so hohen Preis. Die Einzeldosis Baqsimi® (1 x 3 mg) kostet circa 118 Euro, ein GlucaGen® Hypo-Kit knapp 39 Euro. In jüngster Zeit häuften sich jedenfalls die Prüfanträge nahezu aller Kassen mit dem Ziel, die Kostenübernahme für das teurere Nasenspray abzulehnen. Für die Patient*innen heißt das: „Wer es sich leisten kann, darf im Notfall mit einer fast 100-prozentigen Hilfe rechnen, wer auf die Leistung seiner Kasse angewiesen ist, hat nur eine 20-prozentige Chance auf Rettung.“ Der Diabetologe aus Zwenkau betont, dass er weiterhin das im Einzelfall besser geeignete Präparat verordnen werde. So könnten Eltern nach entsprechender Unterweisung dem betroffenen Kind bei einer schweren Hypoglykämie eine Glukagoninjektion verabreichen.

Um etwaigen Rückforderungen der Kostenträger zu begegnen, empfiehlt Rechtsanwalt Oliver Ebert aus Stuttgart den Behandelnden, die im Einzelfall vorliegenden Besonderheiten unbedingt nachvollziehbar zu dokumentieren. Besteht etwa die berechtigte Befürchtung, dass eine Glukagonspritze womöglich nicht eingesetzt würde, sollten die Gründe hierfür ebenfalls in der Patientenakte vermerkt werden. Dies könnten z. B. abwehrende Äußerungen oder die Weigerung von Bezugspersonen sein, sich im Umgang mit dem Präparat schulen zu lassen.

Angela Monecke

Bei schwerer Unterzuckerung: Glukagonspritze oder Nasenspray?

Foto: Hengki Lestio/gettyimages

Fachverbände setzen auf nasales Glukagon

Die Fachverbände DDG, DGPAED und DGKJ empfehlen in einer Stellungnahme die Notfallapplikation von nasalem Glukagon bei Menschen mit Typ-1-Diabetes ab vier Jahren. Die Kostenübernahme soll durch alle Kostenträger in Deutschland erfolgen, um unnötige stationäre Aufenthalte bei schweren Hypoglykämien durch nicht adäquat appliziertes Glukagon als Notfallmedikament zu vermeiden, betonten sie. Eltern, Patient*innen, aber auch Laienhelfende werde durch Nasenspray die größtmögliche Sicherheit und Einfachheit bei der Glukagonapplikation ermöglicht, heißt es.

Kodieren, aber nicht kassieren

Schlichtungsspruch zu Hypoglykämien ist für die Versorgung ein ernstes Problem

WIESBADEN. Der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG hat festgelegt, dass Hypoglykämien nur dann als Komplikation des Diabetes mellitus gelten und vergütet werden, wenn ein hypoglykämisches Koma vorliegt. Spezialisierten Diabetesabteilungen und -kliniken drohen damit deutliche Einbußen. Sie sollten dagegen vorgehen, raten DDG und BVKD.

Sind Hypoglykämien, die im Zusammenhang mit einer Patientenaufnahme stehen oder während des Klinikaufenthalts auftreten, bei der Zählung der Komplikationen für die Diabetes-Kodierung (4. Stelle der ICD-Kodes E10 bis E14) zu berücksichtigen oder nicht? In etwa 30 Fällen pro Jahr kam es diesbezüglich zu Abrechnungskonflikten zwischen dem Städtischen Klinikum Dresden und Krankenkassen. Die Kodierrichtlinie 0401 sei nicht eindeutig, monierte das Klinikum. Es rief den Schlichtungsausschuss nach § 19 Krankenhausfinanzierungsgesetz an. Dessen Entscheidung gilt für stationäre Aufnahmen seit dem 1.1.2026 sowie zum 5.11.2025 laufende Prüfverfahren. Sie kann den Häusern hohe Einnahmenverluste bescheren. Weiterer Streit ist deshalb absehbar. Das Dresdner Klinikum hat mit Unterstützung des Bundesverbandes Klinischer Diabeteseinrichtungen (BVKD) Klage beim LSG Berlin gegen den Schlichtungsspruch eingereicht. Die hat aber keine aufschiebende Wirkung. Nun müssen alle Kliniken für sich eine Lösung finden.

Die Entscheidung klingt doppelzüngig. Zwar verlangt der Ausschuss, den Schweregrad einer Hypoglykämie mit den Schlüsselnummern U69.70! bis U69.73! anzugeben. Geld soll aber nur fließen, „wenn ein hypoglykämisches Koma bei Diabetes mellitus gemäß U69.73! vorliegt“ und somit als Komplikation mit der Diabetes-Diagnose die DRG erlössteigernd beeinflusst. Nicht jede Hypoglykämie sei behandlungsbedürftig und verursache einen Mehraufwand, so der Ausschuss.

Die Behandlung von milderen und mittelschweren Hypoglykämien, die einweisungsbegründend sein können, werden somit nicht mehr über die Hauptdiagnose oder den Schweregrad und die daraus resultierende höhere Fallpauschale vergütet. Das betrifft die Kodes E10-14.6- (mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) und E10-14.7- (mit multiplen Komplikationen). Ob im Behandlungsfall eine Hypoglykämie als zweite und damit „multiple“ Komplikation mitzählt oder nicht, macht einen Einnahmenunterschied von mindestens 1.000 Euro aus.

Foto: everythingpossible – stock.adobe.com

»Zynisch gegenüber den Betroffenen«

Fehlanreize könnten zu einer Unterversorgung führen

DDG Präsidentin Professorin. Dr. Julia Szendrödi warnt: „Die Entscheidung bedeutet im Kern: Erst wenn Menschen mit Diabetes mit dem sprichwörtlichen ‚Kopf unterm Arm‘ als potenziell lebensbedrohlicher Notfall in die Klinik kommen, gilt eine Unterzuckerung als relevante Komplikation. Das ist nicht nur zynisch gegenüber den Betroffenen. Die Schlichtungsentscheidung kann auch zu deutlichen Fehlanreizen führen.“ Menschen mit Unterzuckerungen ohne Bewusstlosigkeit könnten in eine Unterversorgung geraten.

„Die ICD-10-GM ordnet Hypoglykämien eindeutig als Komplikation des Diabetes zu – unabhängig davon, wie ausgeprägt sie sind. Seit 2023 gibt es sogar zusätzliche Kodes, die die Situation präzise beschreiben“, betont Annette Ahollinger, Vorsitzende der DDG Kommission Kodierung & DRGs in der Diabetologie. Sie leitet das Medizincontrolling der Diabetes-Klinik Mergentheim. Dort will man auf Empfehlung und nach juristischer Beratung durch den BVKD Hypoglykämien weiterhin mit Augenmaß berücksichtigen und sich ggf. im Erörterungsverfahren mit den Kassen – wie bisher auch – auf Fallbasis einigen. BVKD und DDG ermuntern die Kliniken im Einzelfall, auch vor Dissens und einem möglicherweise folgenden Gerichtsverfahren nicht zurückzuschrecken; es liegen ja bereits positive Landessozialgerichtsurteile zu den Hypoglykämien als Komplikation vor. Die Ausschuss-Entscheidung müsse korrigiert werden. Um Schäden zu verhindern, bräuchten Kliniken Spielraum. Dazu gehöre die Vergütung der notwendigen Maßnahmen. *REI*

Annette Ahollinger
Vorsitzende der DDG Kommission Kodierung & DRGs in der Diabetologie
Foto: A. Ahollinger

Die DDG Kommission Kodierung & DRGs hilft gerne weiter:
ddg-drg@web.de

Dr. med. Richard Daikeler
1957–2026

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft trauert um Dr. Richard Daikeler, der bei einem tragischen Skiunfall in Samnaun verstorben ist.

Dr. Daikeler, geboren 1957, war ein geschätztes und hochaktives Mitglied der DDG. Sein Engagement galt insbesondere der Verbesserung und Strukturierung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes.

Er studierte Medizin in Zürich und Heidelberg und schloss sein Studium 1983 mit dem Staatsexamen und der Promotion ab. Von 1985 bis 1987 war er an der Universitätspoliklinik in der Abteilung für Stoffwechsel und Sportmedizin in Heidelberg tätig, bevor er sich bis 1989 einem kardiologischen Schwerpunkt (in der kardiologischen Fachklinik Königsstuhl) widmete. Kardiologie und Diabetologie blieben zeitlebens seine Schwerpunkte und er fokussierte sich schon früh auf die Bedeutung des kardiovaskulären Risikos für diese Patientengruppe. Für seinen vorausschauenden Blick spricht auch, dass er bereits 1993 die Anerkennung als Umweltmediziner erwarb. Ein kleines Büchlein, das „Kitteltaschenbuch Diabetes“, das er mit konzipierte und herausgab, wurde für viele Kollegen in ihrer Ausbildung und darüber hinaus ein bewährter Begleiter.

Dr. med. Richard Daikeler
Foto: Diabetologen eG Baden-Württemberg

Seit 1991 war er in einer eigenen internistischen Praxis in Sinsheim niedergelassen. Berufspolitisch war er stets hoch engagiert, unter anderem als Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte e. V. sowie als Gründungsmitglied und langjähriger 2. Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassenen Diabetologen. Er war 1. Vorsitzender des BVND Baden-Württemberg und engagiertes Mitglied der Regionalgesellschaft der DDG in Baden-Württemberg. Mit der Gründung der Diabetologen eG Baden-Württemberg entwickelte er den Facharztvertrag Diabetes in Baden-Württemberg.

Richard Daikeler bestach durch seine angenehme und klare Haltung. Er ging keinem Konflikt aus dem Weg, sondern setzte sich stets konstruktiv und respektvoll für die Sache ein. Diese Nachhaltigkeit war von großem Nutzen für die ambulante Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg und darüber hinaus. An der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim unterstützte er über Jahre die Fortbildung von Behandlern und Menschen mit Diabetes mellitus als Mitglied des wissenschaftlichen Beirates.

»Praktiker, Vordenker und Macher«

Neben seinem großen berufspolitischen und medizinischen Engagement für seine Patienten waren Kochen und Skifahren seine großen Leidenschaften. Unvergessen sind aber auch die privaten Begegnungen bei einem guten Glas Wein und unterhaltsamen Gesprächen.

Es ist tragisch, dass ein Skiunfall sein Wirken zu früh beendet hat. Unsere Gedanken sind besonders bei seiner Frau und seiner Familie, aus deren Mitte er so unvermutet gerissen wurde. Die Diabetologie verliert mit Dr. Richard Daikeler einen engagierten Praktiker, Vordenker und Macher, viele von uns einen guten Freund. *Prof. Dr. Ralf Lobmann, Prof. Dr. Thomas Haak*

Würdigung des BVND

Mit Herrn Dr. Daikeler verliert die deutsche Diabetologie einen engagierten Arzt und Diabetologen, der sich insbesondere in seinem Wohnort und in Baden-Württemberg große Verdienste um die Versorgung von Menschen mit Diabetes erworben hat. Seine Tätigkeit im Gründungsvorstand des Bundesverbandes der niedergelassenen Diabetologen in Deutschland (BVND) von 2002 bis 2008 sowie seine Mitgliedschaft bis zu seinem Ausscheiden aus dem Verband im Jahre 2020 zeigen seine Verbundenheit mit und sein Engagement für die ambulante Diabetologie.

Die tragischen Umstände, die zu seinem plötzlichen Ableben geführt haben, lassen uns besonders an seine trauernden Hinterbliebenen denken: Unser aufrichtiges Beileid gilt ihnen. *Der BVND-Vorstand*

CKD = chronische Nierenkrankheit. **eGFR** = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate. **HFrEF** = Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. **KCCQ** = Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. **RRR** = relative Risikoreduktion. **T2D** = Typ-2-Diabetes.

a Sekundäre Endpunkte der DAPA-HF-Studie in der Subgruppenanalyse mit Typ-2-Diabetes:[1] (i) Zusammengesetzter Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod oder Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz. (ii) Absolute Zahl von wiederkehrenden Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz und kardiovaskulärem Tod. (iii) Veränderung des Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) nach acht Monaten. (iv) Inzidenz einer Abnahme der Nierenfunktion, festgestellt anhand a) ≥ 50 % Rückgang der eGFR oder b) Endstadium Nierenkrankheit (eGFR < 15 ml/min/1,73 m^2, dauerhafte Dialysebehandlung oder Nierentransplantation) oder renalem Tod. (v) Gesamtmortalität. **b** Einer von drei sekundären Endpunkten der DAPA-CKD-Studie in der Subgruppenanalyse mit Typ-2-Diabetes.[2] Die Interaktionseffektanalyse ergab in allen drei Endpunkten keine Unterschiede zwischen der Gesamtpopulation und den Populationen mit und ohne Typ-2-Diabetes: (i) kombinierter sekundärer Endpunkt aus anhaltender Abnahme der eGFR um ≥ 50 %, terminaler Nierenkrankheit oder renalem Tod (Interaktionseffekt p = 0,57). (ii) Kombinierter sekundärer Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz (Interaktionseffekt p = 0,78). (iii) Gesamtmortalität (Interaktionseffekt p = 0,25).[2] **c** Der Weg zu mehr Lebenszeit konnte in der DAPA-HF- und der DAPA-CKD-Studie gezeigt werden. Dort ließ sich eine Reduktion des Mortalitätsrisikos bei Patient:innen mit HFrEF oder CKD mit T2D belegen. **1** Vgl. Petrie MC et al. JAMA 2020; 323:1353–1368. **2** Vgl. Wheeler DC et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2021; 9:22–31.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.
Wirkstoff: Dapagliflozin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H_2O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H_2O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O. **Anwendungsgebiete:** Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. *Gelegentlich:* Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. *Selten:* diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). *Sehr selten:* nekrotisierende Fasziitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: August 2024.

AstraZeneca

DE-90567/01-26

Gemeinsam Forschung gestalten

DZD-Forschende sind international aktiv – und beziehen Patient*innen ein

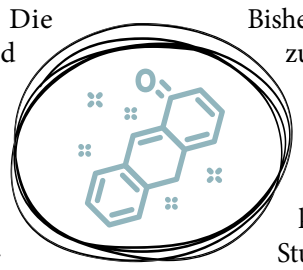
NEUHERBERG. Forschende des DZD sind bestens vernetzt – und so maßgeblich an exzellenter Forschung beteiligt. So wurde ein neuartiger Mechanismus entdeckt, der bei Krebs entscheidend zur Gewichtsabnahme beiträgt. Außerdem zeigt eine internationale Analyse, wie wichtig für Menschen mit Prädiabetes die Normalisierung des Blutglukosewerts ist. Kontakte knüpfte das DZD nach Frankreich, bei einem bilateralen Treffen ging es z. B. um „Joint Labs". Auch der Austausch mit Patient*innen bringt die Forschung voran – die Sitzung des DZD-Patient*innenbeirats machte das einmal mehr deutlich.

DZD Deutsches Zentrum für Diabetesforschung

Koordinierte Reaktion

Kachexie ist eine Stoffwechselerkrankung, die bei chronischen Erkrankungen und Krebs zu unkontrolliertem Gewichtsverlust und Muskelschwund führt.

Eine neue Studie von Helmholtz Munich in Zusammenarbeit mit dem Institute of Physiology of the Czech Academy of Sciences in Prag, dem Universitätsklinikum Heidelberg, dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung und dem Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung zeigt: Kachexie betrifft nicht nur die Muskulatur. Zahlreiche Organe reagieren koordiniert, was letztlich zum Muskelschwund beiträgt. Die Analyse von Metabolom- und Transkiptomdaten sowie Glukose-Tracing in tumortragenden Mausmodellen identifizierte einen neuartigen Mechanismus, der entscheidend zur Gewichtsabnahme beiträgt.



„Bisher war völlig unklar, wie die Stoffwechselreaktionen verschiedener Organe zusammenwirken, um den krebsbedingten Gewichtsverlust voranzutreiben", erklärt Dr. Maria Rohm, Co-Corresponding-Autorin der Studie und Gruppenleiterin am Institut für Diabetes und Krebs bei Helmholtz Munich. Im Rahmen ihres ERC Starting Grant „STOPWASTE" untersuchte sie das Zusammenspiel von Zucker- und Fettstoffwechsel bei Kachexie, um neue therapeutische Ziele zu identifizieren.

Die Forschenden stellten u. a. fest, dass alle Organe eine verstärkte Aktivierung des „One Carbon Cycles" aufweisen – ein biochemischer Prozess, der für die Synthese von Nukleotiden, Aminosäuren und Zellregeneration essenziell ist. Produkte dieses Prozesses, wie Sarcosin oder Dimethylglycin, könnten künftig als Biomarker für Kachexie eingesetzt werden.

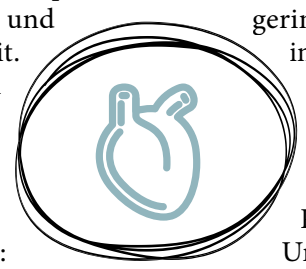
Bisher gibt es in Deutschland kein zugelassenes Medikament für Krebskachexie. Derzeit werden jedoch neue Ansätze erforscht, die gezielt gegen krebsbedingte Appetitlosigkeit helfen sollen. Die aktuelle Studie liefert erstmals Hinweise darauf, wie der Stoffwechsel selbst wieder normalisiert werden könnte. Erste Experimente in Zellkulturen zeigen, dass Eingriffe in den „One Carbon Cycle" positive Effekte erzielen können. *DZD*

Morigny et al. Nat Metab 2026; doi: 10.1038/s42255-025-01434-3

Prädiabetes-Remission schützt Herz und Leben

Schützen Lebensstiländerungen bei Prädiabetes auch langfristig das Herz? Bisher konnte kein Lebensstilprogramm für Menschen mit Prädiabetes überzeugend zeigen, dass es Herzinfarkte, Herzschwäche oder kardiovaskuläre Todesfälle über Jahrzehnte hinweg nachhaltig reduziert.

Eine gemeinsame Auswertung zweier der weltweit größten Diabetespräventionsstudien aus den USA und China bringt nun Klarheit. Zusammen mit Kolleg*innen aus den USA und China konnten Forschende des DZD, des Universitätsklinikums Tübingen und von Helmholtz Munich zeigen: Entscheidend ist offenbar nicht die Lebensstiländerung an sich, sondern ob es Menschen mit Prädiabetes gelingt, dadurch ihre Blutglukosewerte wieder zu normalisieren, also eine Remission des Prädiabetes zu erreichen.



Die Langzeitdaten von mehr als 2.400 Menschen mit Prädiabetes belegen: Menschen, denen es gelingt, ihren Blutglukosewert zu normalisieren, haben ein deutlich geringeres Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben oder wegen Herzschwäche ins Krankenhaus eingeliefert zu werden, als diejenigen, deren Glukosewerte erhöht bleiben – selbst dann, wenn beide Gruppen in ähnlichem Ausmaß an Gewicht verlieren.

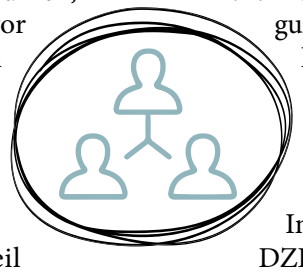
In beiden Studien war das Risiko kardiovaskulärer Todesfälle um rund 50 % geringer, auch die Sterblichkeit insgesamt sank signifikant. Die amerikanische Studie beobachtete ihre Proband*innen über einen Zeitraum von 20 Jahren, ihr chinesisches Pendant sogar über 30 Jahre. Unter Führung des Tübinger Teams wurden diese Datensätze harmonisiert und erneut ausgewertet, um Raten von kardiovaskulärem Tod und Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz bei Personen mit und ohne Prädiabetes-Remission zu vergleichen. *DZD*

Vazquez Arreola E et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2026 Feb; 14(2): 137-148; doi: 10.1016/S2213-8587(25)00295-5

Treffen des DZD-Patientenbeirats

Für ihre neunte Sitzung trafen sich die Mitglieder des „DZD Bürger*innen- und Patient*innenbeirats" (CAB) Ende November 2025 im Typ-1-Diabetes-Studienzentrum des Instituts für Diabetesforschung (IDF) von Helmholtz Munich.

Professor Dr. Peter Achenbach, stellvertretender Direktor des IDF, stellte die gesamte Typ-1-Diabetes-Forschungslandschaft bei Helmholtz Munich, einem Partner im DZD, vor und beantwortete gemeinsam mit Wissenschaftler*innen aus seinem Team alle Fragen des CAB. Das Highlight war der Besuch in den Laboren.



Die Zeit zwischen der Führung und dem Sitzungsteil wurde für den Austausch mit jungen DZD-Forschenden genutzt. Vier Nachwuchswissenschaftler*innen stellten in kurzen Pitches ihre aktuellen Forschungsprojekte vor und gingen dann in Kleingruppen mit den Beiräten ins direkte Gespräch.

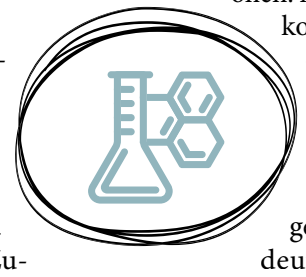
Neben den Entwicklungen seit der letzten Sitzung berichtete das DZD über Aktivitäten u. a. beim Tag der offenen Tür des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) und des Bundesministeriums für Gesundheit sowie rund um den Weltdiabetestag. Auch einzelne Beiratsmitglieder waren außerhalb der Sitzungen aktiv und berichteten von ihren Teilnahmen z. B. an der EASD-Konferenz und der NCT-Patientenkonferenz. Einige Beiratsmitglieder arbeiten zudem z. B. in der DZG-AG Patientenbeteiligung oder dem Forum Gesundheitsforschung des BMFTR mit. Ein Beiratsmitglied ist an der Erstellung der europäischen Leitlinie zur Diabetesprävention beteiligt.

In Impulsvorträgen aus den DZD-Forschungsdatenmanagement-Teams erfuhren die Beiratsmitglieder, wie (Gesundheits-)Daten in Deutschland und Europa geschützt und welche medizinischen Daten im DZD wie genutzt werden. Dabei wurden die unterschiedlichen Arten von Gesundheitsdatenspenden thematisiert und welche Vor- und Nachteile sich durch die Nutzung dieser Daten ergeben können. *DZD*

Deutsch-französische Kooperation

Im Rahmen eines offiziellen Besuchs empfingen das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) und Helmholtz Munich eine hochrangige Delegation von Inserm, dem nationalen Institut für Gesundheit und medizinische Forschung in Frankreich (Institut national de la santé et de la recherche médicale).

Geleitet wurde die Delegation von Inserm-Präsident Professor Dr. Didier Samuel. Ziel des Treffens war es, den persönlichen Austausch zu vertiefen und die deutsch-französische Zusammenarbeit in der Gesundheitsforschung, insbesondere im Bereich Diabetes, zu intensivieren. Begrüßt wurden die Gäste von Professor Dr. Martin Hrabě de Angelis, DZD-Vorstandssprecher und kommissarischer wissenschaftlicher Geschäftsführer von Helmholtz Munich, sowie der DZD-Geschäftsführerin Dr. Astrid Glaser. Die französische Delegation setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Inserm-Headquarters sowie mehrerer thematisch spezialisierter Institute zusammen und wurde begleitet vom Wissenschaftsattaché der französischen Botschaft und dem Geschäftsführer von BayFrance (Bayerisch-Französisches Hochschulzentrum).



Im Mittelpunkt stand der Einblick in die Forschungsaktivitäten der drei Institutionen. Auf dieser Grundlage wurden konkrete Kooperationsformate diskutiert. Besonders großes Interesse fand die von Prof. Samuel vorgestellte Initiative zu „Joint Labs", die eine strukturierte und langfristige Zusammenarbeit zwischen deutschen und französischen Forschungsgruppen ermöglichen sollen. Ergänzend stellte Professorin Chantal Boulanger, Direktorin des Inserm-Instituts für Pathophysiologie, Metabolismus und Ernährung, mögliche Strukturen für gemeinsame Projekte in der Metabolismusforschung vor. Geplant ist die Durchführung der 3. Deutsch-Französischen Diabeteskonferenz. Ein besonderer Fokus soll auf der möglichen gemeinsamen Nutzung von Daten, Biobanken und Kohorten liegen. *DZD*

Fotos: FourLeafLover – stock.adobe.com, blankostock – stock.adobe.com, med – stock.adobe.com

ACCU·CHEK®
SmartGuide

Roche

Einfach **vorbereitet.**

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

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

1. Glatzer T, Ehrmann D, Gehr B, et al. Clinical Usage and Potential Benefits of a Continuous Glucose Monitoring Predict App. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(5):1009-1013. doi:10.1177/19322968241268353.
ACCU-CHEK, ACCU-CHEK SMARTGUIDE und ACCU-CHEK SMARTGUIDE PREDICT sind Marken von Roche. Alle anderen Produktnamen und Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.
© 2026 Roche Diagnostics Deutschland | accu-chek.de | Roche Diagnostics Deutschland GmbH | Sandhofer Straße 116 | 68305 Mannheim

DIABETES KONGRESS 2026

REVOLUTION DER MITTEL – REALITÄT DER MENSCHEN.

13.-16. Mai 2026 · CityCube Berlin

SCAN MICH

DIABETESKONGRESS.DE

Revolution und Realität

Wie begegnet der Mensch dem vermeintlich bahnbrechenden Fortschritt?

BERLIN. In der Diabetologie erleben wir eine spannende Zeit mit neuen Medikamenten, neuen Technologien, Digitalisierung und der Forschung an personalisierten Therapien. Es ist faszinierend, tief einzutauchen in diese neue Welt – und dafür bietet der Diabetes Kongress 2026 die besten Möglichkeiten.

Das Motto „Revolution der Mittel – Realität der Menschen." macht aber auch klar, dass hier durchaus zwei Welten aufeinandertreffen. Kongresspräsidentin Professorin Dr. Barbara Ludwig und Kongresssekretär Professor Dr. Nikolaos Perakakis haben ein Programm gestaltet, das zu Diskussion und Reflexion einlädt.

Themenschwerpunkte und Podiumsdiskussionen

„Unter dem Motto ‚Revolution der Mittel – Realität der Menschen.' möchten wir auf dem 60. Diabetes Kongress der DDG gemeinsam reflektieren, welche Entwicklungen tatsächlich wirksam bei den Patientinnen und Patienten ankommen, wo Versorgung Lücken zeigt und welche Verantwortung wir als Fachgesellschaft, Behandelnde, Forschende und Gestaltende tragen", schreiben Kongresspräsidentin Prof. Ludwig und Kongresssekretär Prof. Perakakis in ihrem Grußwort. Das Motto wird aufgefächert in diese Themenschwerpunkte:

- Fortschritt messen – was neue Therapien wirklich leisten
- Lebensqualität als Zielgröße – Wohlbefinden ernst nehmen
- Personalisieren oder standardisieren – Prävention und Präzision in der klinischen Praxis
- Digitalisierung und KI mit Menschlichkeit verbinden
- Verantwortung teilen – gesellschaftliche, politische und interprofessionelle Perspektiven

Wo und wie sich diese Schwerpunkte im Programm wiederfinden, sehen Sie beispielhaft an den **ausgewählten Symposien** auf dieser Seite. Daran wird ein weiterer Schwerpunkt deutlich, der Kongresspräsidentin Prof. Ludwig besonders wichtig ist, nämlich die **Podiumsdiskussion** als ein Format, das die Interaktion fördert und zugleich Wissen vermittelt.

Politik

Sicherstellung der Diabetesversorgung in Zeiten der Gesundheitsreformen

Vorsitzende: Dr. Tobias Wiesner, Leipzig, und Professorin Dr. Julia Szendrödi, Heidelberg
Mittwoch, 13. Mai, 15.15 – 16.45 Uhr

Fünf Impulsreferate bilden die Basis für die anschließende Podiumsdiskussion. In die Diskussion werden die Besucher*innen des Symposiums eingeschlossen. In den Impulsreferaten geht es um die Themen:

- Die Krankenhausreform – was wird gestärkt, wo entstehen Lücken? (Referent: Dr. Gerald Gaß, Berlin, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft)
- Sicherstellung der ärztlichen Qualifikation aus Sicht der Ärztekammern (Referent: Professor Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein)
- Vom KHVVG zum KHAG und GVSG – Fazit für die DSP (Referent: Dr. Tobias Wiesner, niedergelassener Diabetologe, Vorstandsmitglied DDG und BVND)
- Die Zukunft der Diabetesberatungsberufe (Referentin: Dr. Gottlobe Fabisch, Geschäftsführerin des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD))
- Was fehlt für Betroffene – Perspektive des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

Diabetestechnologie

AID-Systeme – gleich und doch verschieden!

Vorsitzende: Dr. Sandra Schlüter, Northeim, und Dr. Guido Freckmann, Ulm
Donnerstag, 14. Mai, 16.00 – 17.30 Uhr

AID-Steckbrief goes Symposium! Wer an diesem Symposium teilnimmt, kann die Welt der AID-Systeme entdecken. Gezeigt wird, was die einzelnen Systeme verbindet, was sie unterscheidet und welche Vorteile sie im Alltag bieten – kompakt, verständlich und praxisnah.

Am Ende des Symposiums ist eine Podiumsdiskussion mit allen Referierenden vorgesehen. Basis für die Diskussion sind die Vorträge von Dr. Dorothee Deiss, Berlin, Dr. Schlüter und Dr. Andreas Reichel, Freital. Das Symposium wird ausgerichtet von der AG Diabetes & Technologie der DDG (AGDT).

Forschung & Grundlagen

Betazell-Ersatztherapie – Chancen und Risiken

Vorsitzende: Professorin Dr. Barbara Ludwig, Dresden, und Professor Dr. Jochen Seufert, Freiburg i. Br.)
Donnerstag, 14. Mai, 16.00 – 17.30 Uhr

Das Symposium startet mit einem Plenarvortrag, gefolgt von drei Impulsvorträgen. Eine Podiumsdiskussion mit dem Titel „Wo geht die Reise hin?", moderiert von Prof. Seufert, beschließt das Symposium.

- Plenarvortrag: Pankreasinseltransplantation – von der Pike auf (Prof. Ludwig)
- Impulsvortrag 1: Pankreastransplantation – lange erprobt (Professor Dr. Andreas Schnitzbauer, Bochum)
- Impulsvortrag 2: Diabetestechnologie als Alternative – brauchen wir überhaupt den biologischen Betazellersatz? (Professor Dr. Thomas Haak, Bad Mergentheim)

Psychodiabetologie & Soziales

Diskriminierung aufgrund Diabetes

Vorsitzende: Professor Dr. Andreas Fritsche, Tübingen, und Laura Kliniker, Bad Mergentheim
Freitag, 15. Mai, 16.00 – 17.30 Uhr

Diabetes im Spannungsfeld von Gesundheitssystem, Gerechtigkeit und interdisziplinärer Versorgung ist ein Schwerpunktthema des Kongresses. Diabetes hat in der Öffentlichkeit eher ein negatives Image, viele Menschen mit Diabetes erleben Stigmatisierung und Diskriminierung. In diesem Symposium sollen Strategien aufgezeigt werden, wie die Diskriminierung reduziert werden kann. Eine abschließende Podiumsdiskussion gibt Gelegenheit, sich über die referierten Themen auszutauschen.

- Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund Diabetes: Wie häufig kommt das in Deutschland vor? (Referent: Professor Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim)
- Strategien zur Reduktion von Stigmatisierung von Menschen mit Diabetes (Referentin: Professorin Dr. Julia Szendrödi, Heidelberg)
- Moderne Technologien reduzieren berufliche Einschränkungen von Menschen mit Diabetes (Referent: Dr. Wolfgang Wagener, Düsseldorf)

Das Symposium wird gemeinsam ausgerichtet von der AG Diabetes & Psychologie der DDG und dem Ausschuss Soziales der DDG.

Wissenswertes rund um den Diabetes Kongress 2026

- Die Frühanmeldung mit reduzierten Kongressgebühren läuft bis 2. März, danach folgt die Standardanmeldung und ab 28. April die Spätanmeldung. Für bestimmte Berufs- und Teilnehmergruppen gibt es ermäßigte Preise; für Studierende und Doktorand*innen bis 30 Jahre ist die Teilnahme kostenfrei.
- Für An- und Abreise kann das Veranstaltungsticket der Deutschen Bahn genutzt werden. Zudem werden Hotelzimmerkontingente zu besonderen Konditionen bereitgehalten. Mehr über die Angebote unter diabeteskongress.de/teilnahme/#anreise
- Für Kinder zwischen 3 und 12 Jahren wird im Untergeschoss des CityCube eine Kinderbetreuung angeboten. Bitte unbedingt vorher anmelden!
- Der Stand der DDG befindet sich im Diabetesforum im ersten Obergeschoss, Halle B, Stand DF01
- Um alle möglichen Zertifizierungspunkte zu erhalten, müssen Sie Ihren Teilnahmeausweis vor- und nachmittags jeweils einmal scannen lassen.
- Der Diabetes Kongress wird in eine klimaschonende Veranstaltung umgestaltet. Viele Maßnahmen, z. B. zur Einsparung von Papier, zu umweltfreundlichen Lösungen für die Namensschilder und zur Mülltrennung, werden bereits umgesetzt.
- Alle Vorträge werden aufgezeichnet, stehen ab Samstag, 16. Mai 2026, 16.00 Uhr für sechs Monate in der DDG Mediathek zur Verfügung und können nach Eingabe der Buchungsnummer abgerufen werden.

So planen Sie Ihr Programm

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

Apple App Store

Google Play

Früh behandeln, besser begleiten

JA-PED 2025: Kinder und Jugendliche brauchen starke ambulante Versorgungsstrukturen

LEIPZIG. In der pädiatrischen Diabetologie und Endokrinologie tut sich aktuell einiges. Bei der DGPAED-Jahrestagung JA-PED wurde aber auch deutlich, dass Rahmenbedingungen und Vergütung nicht ausreichen, um das Potenzial der jüngsten Innovationen ausschöpfen zu können.

Wer Kinder und Jugendliche mit Diabetes, Adipositas oder endokrinologischen Erkrankungen betreut, behandelt nicht nur Laborwerte und Glukoseprofile, sondern oft komplexe Lebenssituationen – häufig einhergehend mit psychosozialen Belastungen, psychiatrischen Komorbiditäten und komplexen Familienkonstellationen. Bei der JA-PED steht Interdisziplinarität daher im Fokus; seit dem Zusammenschluss der AG für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) und der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) zur Deutschen Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie (DGPAED) 2022 gilt dies umso mehr.

Tagungspräsident PD Dr. Thomas Kapellen, Kinderdiabetologe an der Universitätsklinik Leipzig, meint dazu: „Die beiden Fachgesellschaften sind schon gut zusammengewachsen. Bei der JA-PED hatten wir ein sehr ausgewogenes Programm und ein gut durchmischtes Publikum."

Aus wissenschaftlicher Sicht waren Vorträge zu krankheitsmodifizierenden Therapien und zu Fortschritten der Transplantationsmedizin seine persönlichen Kongress-Höhepunkte: „Je weiter die Stammzellforschung fortschreitet, umso weniger muss man sich auf die Suche nach Inselzellspendern machen."

Auf großes Interesse stieß das Thema Fremdunterbringung bei Kindern mit Typ-1-Diabetes. Es gebe Situationen, in denen Eltern trotz Unterstützung die Kinder nicht adäquat betreuen können, betonte Dr. Kapellen. Es gehe nicht um vorschnelle Eskalation: „Wir rufen nicht gleich das Jugendamt an, wenn das HbA_{1c} mal etwas höher ist." Wenn Fremdunterbringung unvermeidbar werde, brauche es jedoch Strukturen mit geschultem Personal: „Eine normale Wohngruppe allein hilft nicht."

Endlich neue Optionen bei Adipositas und Typ-2-Diabetes

Die Kinderendokrinologin und Ernährungsmedizinerin Professorin Dr. Susann Weihrauch-Blüher (Universitätsmedizin Halle), ebenfalls Tagungspräsidentin, erinnert sich besonders gern an die Vorträge zu neuen medikamentösen Therapieoptionen, z. B. für Adipositas oder Typ-2-Diabetes: „Es gibt zwar noch viele offene Fragen, z. B. zur Langzeitwirkung, aber auch -nebenwirkungen von GLP1-Rezeptoragonisten, aber es ist großartig, dass nun erstmals in Deutschland Medikamente für eine definierte Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit diesen Krankheitsbildern zugelassen sind, bei denen Lebensstilinterventionen alleine nicht ausreichen."

Dieser Patientengruppe könne eine medikamentöse Therapie bei der Gewichtsreduktion helfen, ohne die Teilhabe z. B. im Sportunterricht oder im sozialen Alltag oft nur schwer möglich ist. Aktuell arbeite man daran, diese Option in den Leitlinien zu verankern, mit dem Ziel, nicht erst beim manifesten Typ-2-Diabetes zu reagieren, sondern bereits bei Adipositas und/oder Prädiabetes.

Den Tagungsleitenden, zu denen auch PD Dr. Alexandra Keller,

> »Interdisziplinarität steht im Fokus«

niedergelassene Kinderendokrinologin aus Leipzig, gehört, bereiten allerdings die schwierigen Rahmenbedingungen für die kinderdiabetologische und -endokrinologische Versorgung Sorgen. „Medizinisch wäre vieles ambulant möglich – Schulungen, telemedizinische Betreuung, koordinierte Nachsorge", erklärte Dr. Kapellen. Allerdings seien die Vergütungs- und Strukturunterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken kaum erklärbar und erschwerten die Versorgung. Die meisten endokrinologischen und kinderdiabetologischen Ambulanzen seien deshalb an Kliniken angebunden – „sonst lässt sich das nicht finanzieren". Um die Lebensqualität der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu verbessern und Versorgungslücken zu schließen, müssten ambulante Versorgungsstrukturen dringend gestärkt werden.

Die unzureichende Finanzierung erschwere auch die Nachwuchsgewinnung, wie Prof. Weihrauch-Blüher kritisiert. Um die Attraktivität des Fachs zu erhöhen, wurde bei der JA-PED ein Symposium zur Nachwuchsgewinnung integriert. *thie*

JA-PED 2025

Überzeugender Schutz in drei Indikationen:

Typ-2-Diabetes[1,2,*,a] | Chronische Nierenkrankheit[1,3,b] | Chronische Herzinsuffizienz[1,4,5,c]

CV = kardiovaskulär | eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate | KHK = koronare Herzerkrankung | pAVK = periphere arterielle Verschlusserkrankung | * EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenem Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | a. 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. | b. 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^2 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. | c. 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. | 1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117–2128. | 3. Herrington WG et al. N Engl J Med 2023; 388(2): 117–127. | 4. Packer M et al. N Engl J Med 2020; 383(15): 1413–1424. | 5. Anker SD et al. N Engl J Med 2021; 385(16): 1451–1461.

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, Hyprolose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxidoxid x H_2O (E172). **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 10 Jahren mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet: als Monotherapie bei Metforminunverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Typ-2-Diabetes mellitus. Herzinsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz angewendet. Niereninsuffizienz: Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin, bei Kindern ab 10 Jahren auch unabhängig von Insulin), Volumenmangel. *Häufig:* vaginale Candidiasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektionen, Harnwegsinfektion (einschließlich Fällen von Pyelonephritis und Urosepsis), Durst, Obstipation, Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Serumlipide erhöht. *Gelegentlich:* Ketoazidose, Urtikaria, Angioödem, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht, glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. *Selten:* nekrotisierende Fasziitis 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

Boehringer Ingelheim

PC-DE-118606 Dezember 2025

Dank Gelenkersatz wieder schmerzfrei bewegen

Vor operativem Eingriff zunächst Stoffwechsellage optimieren

BERLIN. Diabetes, Prädiabetes und Adipositas erhöhen das Risiko für Arthrose und für Komplikationen beim Gelenkersatz. Moderne Endoprothetik setzt allerdings statt auf den Ausschluss auf gezielte Vorbereitung. Mit präoperativer Stoffwechselkontrolle, Ernährungsoptimierung und interdisziplinärer Abstimmung lassen sich OP-Risiken minimieren. Am Ende kann ein Kunstgelenk sogar zur Verbesserung des Stoffwechsels beitragen.

Mindestens neun Millionen Menschen in Deutschland leben mit Typ-2-Diabetes, etwa jeder dritte Erwachsene hat einen prädiabetischen Stoffwechsel – dies hat auch Folgen für den Bewegungsapparat. Menschen mit Typ-2-Diabetes entwickelten häufiger eine Arthrose und benötigten auch überdurchschnittlich oft ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk, betonte PD Dr. Stephan Kirschner, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe.

„Der dauerhaft erhöhte Blutzuckerspiegel führt zu Entzündungsprozessen im Körper und schädigt Knorpelzellen im Gelenk", sagte der Experte für Endoprothetik. Gleichzeitig steige das Risiko für postoperative Komplikationen wie Wundheilungsstörungen, Infektionen, eine gestörte Einheilung der Prothese und im schlimmsten Fall auch Implantatversagen. Das gelte nicht nur für den manifesten Typ-2-Diabetes, sondern bereits für den Prädiabetes, der häufig lange unbemerkt bleibt.

Stoffwechselbezogene OP-Risiken gezielt senken

Weil es sich beim Gelenkersatz meist um elektive, gut planbare Eingriffe handelt, könne man die stoffwechselbezogenen Operationsrisiken allerdings gezielt senken. Dr. Kirschner erklärte: „Wir brauchen eine Optimierung der Therapie, damit Hyperglykämien möglichst reduziert werden." Ziel sei ein stabiler Stoffwechsel mit einem HbA_{1c} von möglichst unter 7 %. Parallel dazu sollten Begleiterkrankungen wie arterielle Hypertonie oder Fettstoffwechselstörungen konsequent mitbehandelt werden.

Eine starke Gewichtsreduktion vor der Operation hingegen gelte heute nicht mehr als zwingende Vorbedingung. „Beim Abnehmen ist der Stoffwechsel in einer katabolen Lage, das erschwert die Wundheilung", erklärte der Orthopäde und Unfallchirurg. Wenn ausreichend Zeit zur Verfügung stehe, sei eine moderate Gewichtsreduktion sinnvoll. Wenn der Leidensdruck hoch und der Eingriff zeitnah geplant sei, könne jedoch auch ohne vorheriges Abnehmen operiert werden. Der Fokus liege dann auf der bestmöglichen Stoffwechseleinstellung und der Reduktion weiterer Risikofaktoren.

Bei modernen Implantaten entscheidet vor allem die präoperative Optimierung über den Langzeiterfolg.

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

»Häufiger Arthrose bei Typ-2-Diabetes«

Mangelernährung erschwert die Wundheilung

Daneben wies Dr. Kirschner auf die Bedeutung einer Ernährungsoptimierung hin. Ein – möglicherweise nur zeitlich begrenzter – Verzicht auf Alkohol und Nikotin sei meistens durchaus erreichbar. Gleichzeitig sollte eine mögliche Mangelernährung abgeklärt werden. Defizite bei der Versorgung mit Eisen, Vitamin D oder Eiweiß, wie sie bei Menschen mit Diabetes und Adipositas häufig auftreten, sollten spätestens sechs bis acht Wochen vor der OP erkannt und ausgeglichen werden, um die Wundheilung zu unterstützen.

Neben der medizinischen Vorbereitung spiele die Abstimmung zwischen den Fachgruppen eine Schlüsselrolle. „Die größte Herausforderung ist die enge Verzahnung zwischen Hausärzten, Diabetologen, Orthopäden und Anästhesisten", sagte Dr. Kirschner. Nur wenn alle frühzeitig eingebunden seien, ließen sich Stoffwechsel, Herz-Kreislauf-Risiken, Blutarmut und Ernährungsstatus rechtzeitig optimieren.

»Schlüsselrolle für die Abstimmung der Fachgruppen«

Kunstgelenk kann den Stoffwechsel verbessern

Besonders wichtig war Dr. Kirschner die Botschaft, dass weder Diabetes noch Adipositas per se Ausschlusskriterien für einen Gelenkersatz sein dürfen. Im Gegenteil: „Mit einem gut funktionierenden Kunstgelenk schaffen wir die Voraussetzung dafür, dass sich die Patientinnen und Patienten wieder einfacher bewegen und dadurch auch abnehmen können." Bewegung nach erfolgreicher Endoprothese könne die Lebensqualität deutlich steigern und den Stoffwechsel nachhaltig verbessern. „Wir sollten Menschen also nicht wegen ihres Übergewichts ausschließen, sondern Zuversicht wecken, dass sich mit dem Kunstgelenk auch der Stoffwechsel verbessern kann."

Auch die übrigen Referenten unterstrichen diesen ganzheitlichen Ansatz. Moderne Implantate seien heute technisch so weit entwickelt, dass vor allem die präoperative Optimierung über den Langzeiterfolg entscheide. Gleichzeitig gewännen Individualisierung, strukturierte Nachsorge und sekundärpräventive Strategien an Bedeutung. Für Menschen mit Diabetes und Adipositas könne ein künstliches Gelenk damit auch der Startpunkt für mehr Bewegung, bessere Stoffwechselkontrolle und damit für ein insgesamt gesünderes Leben sein. *Antje Thiel*

27. AE-Kongress und Online-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik

Wenn Keime ins Gelenk gelangen – Implantatinfekte vermeiden

Dauerhafte Schmerzen nach einer Hüft- oder Knieoperation, wiederkehrende Rötungen oder Schwellungen, gestörte Wundheilung und Fieber: Solche Beschwerden können auf eine Protheseninfektion hinweisen. Auch wenn sie nur in etwa 0,5 bis 2 % aller Fälle auftritt, zählt die sogenannte periprothetische Infektion zu den gefürchtetsten Komplikationen nach Gelenkersatz, wie Professor Dr. Robert Hube, Leitender Arzt, Orthopädische Chirurgie München (OCM), Präsident AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik, ausführte. Wie bedeutsam das Problem ist, zeigt auch der aktuelle Jahresbericht des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD): Bei Knieprothesen sind Infektionen für 15,2 % aller Folgeeingriffe verantwortlich, bei Hüftprothesen sogar für 18,5 %.

Die Behandlung ist aufwendig und oft mit dem Austausch des Implantats und einer langen Antibiotikatherapie verbunden. „Umso wichtiger ist die Prävention", so Prof. Hube. Auf Patientenseite betreffe das z. B. die optimale Einstellung eines Diabetes, einer Rheumaerkrankung, die Reduzierung von Übergewicht, eine präoperative Behandlung von Blutarmut oder des Ernährungsstatus. Ebenfalls sollte das Rauchen zumindest für vier Wochen pausiert werden. Diese Maßnahmen führten nachweislich zu einer geringeren periprothetischen Infektionsrate.

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

Studie Stress und BZ-Werte: 50 Personen gesucht

Die Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin Mainz möchte erforschen, wie sich ein Herzratenvariabilitäts-Biofeedbacktraining und ein Anti-Stressprogramm auf den Blutzucker auswirken. Tel.: 06131/39-31661, E-Mail: praediabetes@uni-mainz.de.

54 %

der fast 100.000 in der Pflege angebotenen Ausbildungsstellen wurden 2023 besetzt. An Pflegeschulen wurden 61.500 der 83.000 Plätze besetzt.

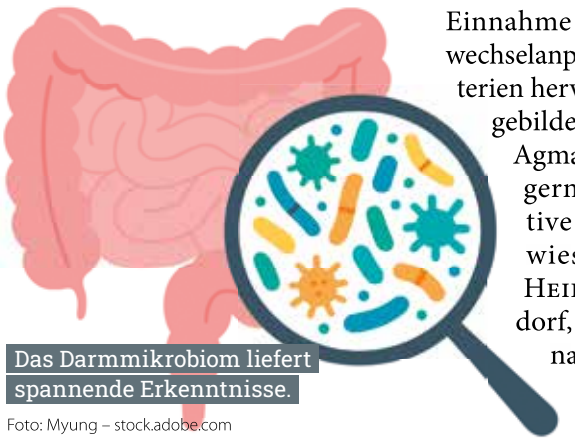
Virtuelle Praxis für klinische Studien

Die virtuelle Praxis von Boehringer Ingelheim bietet leicht verständliche Informationen rund um das Thema klinische Studien und ist in Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Patient*innen und Studienzentren entstanden. www.virtualstudysite.com/de

Komplexe Zusammenspiele im Darm

Der Dreiklang „Darm, Diät, Diabetes“ verheißt neue Therapieansätze

MANNHEIM. Beeinflusst der Leberfettgehalt die Inkretinsekretion oder umgekehrt? Und: Die Therapie mit Metformin bewirkt eine Mikrobiomveränderung.



Das Darmmikrobiom liefert spannende Erkenntnisse.

Foto: Myung – stock.adobe.com

Der deutlich reduzierte Inkretineffekt bei Typ-2-Diabetes (T2D) wird in erster Linie auf eine Störung der Inkretinwirkung in den pankreatischen Betazellen zurückgeführt, erklärte Maximilian Huttasch vom Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ) in Düsseldorf. Eine weitere physiologische Erklärung bei T2D beziehe sich auf eine generelle Einschränkung der Inkretinsekretion aus den K-Zellen (GIP) und L-Zellen (GLP1) im Darm, allerdings spreche einiges gegen diese Theorie. Offen sei auch die Frage, welche Faktoren für die hohe interpersonelle Variabilität der Inkretinsekretion verantwortlich sind.

In einer Teilauswertung der Deutschen Diabetes Studie (GDS) wurde nun die Insulinsekretion bei 50 Personen mit neu diagnostiziertem T2D untersucht. Die postprandiale Sekretion von GIP und GLP1 war signifikant niedriger, sagte Huttasch. Da Personen mit T2D ein erhebliches Risiko für eine metabolische Lebererkrankung aufweisen, wurde geprüft, ob der Leberfettgehalt die Inkretinsekretion beeinflusst oder umgekehrt. Die Ergebnisse „haben uns erstaunt“, konstatierte Huttasch. Unabhängig von T2D wurden höhere Konzentrationen beider Inkretine gemessen, wenn eine metabolische Lebererkrankung (MASLD) vorlag. Eine Erklärung dafür stehe noch aus.

Seit den Anfängen der inkretinbasierten Therapie im Jahr 2006 mit Exenatid hat sich viel getan, auch in Bezug auf die Organprotektion. Huttasch berichtete von der signifikanten Reduktion von Metabolischer Dysfunktion-assoziierter Steatohepatitis (MASH) und Verbesserung von Fibrose unter wöchentlicher Gabe von Semaglutid. Aus diesen neueren Untersuchungen resultierte in den USA die Zulassung des GLP1-RA für die Indikation MASH mit Fibrose. Positive organprotektive Signale lägen zudem aus Biopsiegesteuerten Phase-2-Studien mit Survodutid und Tirzepatid vor.

Spannend: diabetische Signatur der Gallensäuren

Diabetesspezifische Effekte auf das Darmmikrobiom können unabhängig von adipositasbedingten Effekten auftreten, informierte Professor Dr. Matthias Laudes, Direktor des Instituts für Diabetologie und klinische Stoffwechselforschung, Campus Kiel. „Das Mikrobiom kann man langfristig nur verändern, wenn man langfristig die Ernährung verändert.“ Nach kurzzeitigen Interventionen „schlägt das Mikrobiom wieder zurück in die Ausgangsposition“, dies sei teils genetisch bedingt.

Prof. Laudes überraschte mit der Botschaft: „Wenn Sie Metformin eingesetzt haben, haben Sie auch eine Mikrobiomtherapie durchgeführt.“ Das liege daran, dass die Einnahme von Metformin Stoffwechselanpassungen bei Darmbakterien hervorruft. Für das dadurch gebildete Stoffwechselprodukt Agmatin wurden insulinsteigernde und neuroprotektive Wirkungen nachgewiesen. Dr. Geronimo Heilmann, DDZ, Düsseldorf, ergänzte, dass die Einnahme von Metformin in einer kleinen Subkohorte der GDS die Diversität des Darmmikrobioms sowie die Menge der kurzkettigen Fettsäuren im Darm erhöhen konnte.

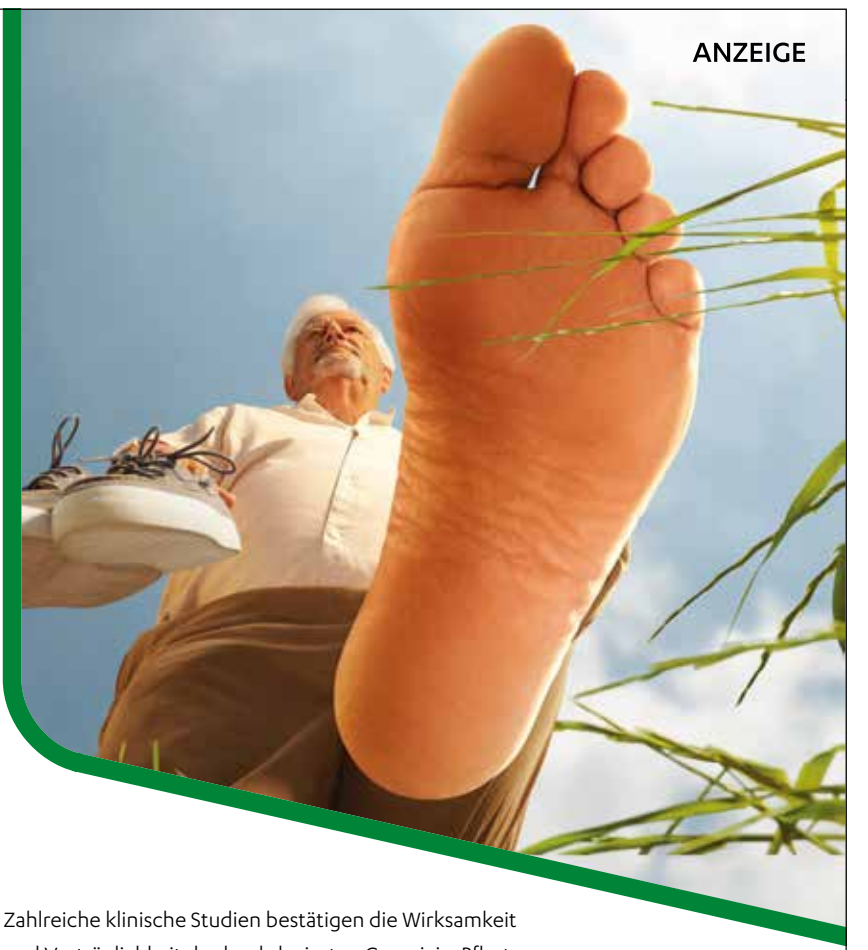
> »Metformin: gut fürs Mikrobiom«

Inzwischen werde nicht mehr jede Dysbiose als schlecht erachtet, sagte Prof. Laudes. Bei Diabetes sei der Gallensäurepool „extrem“ und „sehr spezifisch“ verändert, getriggert durch das von Darmepithelzellen freigesetzte FGF19. Das in der Folge vermehrt gebildete Spermidin wirke positiv bezüglich der Insulinresistenz. Somit könnte eine Veränderung des Mikrobioms ein kompensatorischer Effekt sein. „Wir gehen davon aus, dass wir eine echte Symbiose haben zwischen unserem Mikrobiom und dem menschlichen Organismus.“ *Dr. Karin Kreuel*

Diabetes Herbsttagung 2025

Qutenza®
Capsaicin 179 mg kutanes Pflaster

ANZEIGE



Kribbeln, Brennen, Schmerzen: *Diabetische Neuropathie früh erkennen und nachhaltig behandeln*

Die diabetische Polyneuropathie (DPN) gehört zu den häufigsten Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus: Von den rund elf Millionen Patienten* mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes in Deutschland werden laut Robert Koch-Institut rund 13,5 % mit einer DPN diagnostiziert.[1,2] Schätzungen gehen jedoch von einer tatsächlichen Prävalenz von etwa 30 % bis 50 % aus.[2] Die besonders belastende schmerzhafte Verlaufsform (pDPN) betrifft etwa 1,15 bis 2,3 Millionen Menschen.[3]

PDPN-SYMPTOME: VIELFÄLTIG, BELASTEND – UND OFT SPÄT ERKANNT

Typische Symptome umfassen brennende oder stechende Schmerzen, Parästhesien, Dysästhesien, Allodynie und Hyperalgesie. Später kommen Sensibilitätsverluste bis hin zur Taubheit hinzu.[3,4] Die Real-World-Daten einer aktuellen deutschen Kohortenstudie** verdeutlichen den langen Leidensweg der Patienten mit pDPN. Im Durchschnitt bestehen die Schmerzen bereits seit fünf Jahren – trotz zahlreicher Therapieversuche.[5] Im Mittel nehmen die Betroffenen vier Schmerzmedikamente ein und haben 7,7 systemische Therapien durchlaufen.[5] 82 % berichten nach wie vor über tägliche mittelstarke bis starke Schmerzen.[6] Trotz hoher Prävalenz und Krankheitslast bleibt die Erkrankung häufig unerkannt, einer Online-Befragung zufolge haben rund 50 % der Betroffenen keine formale Diagnose erhalten.[6]

Zahlreiche klinische Studien bestätigen die Wirksamkeit und Verträglichkeit des hochdosierten Capsaicin-Pflasters:

- Signifikante Schmerzreduktion und verbesserte Schlafqualität (STEP)[11]
- Anhaltende Verbesserungen der Lebensqualität und neurologischer Scores über 52 Wochen (PACE)[12]
- Verstärkte Wirkung bei wiederholter Anwendung (CASPAR-Real-World-Daten)[5]
- Wirksamkeit bei verschiedenen neuropathischen Ätiologien (ASCEND)[13]

Darüber hinaus deuten aktuelle Beobachtungen auf regenerative Prozesse (Normalisierung neuronaler Markerproteine und neurotropher Faktoren) und damit auf das Potenzial von Capsaicin 8 % als krankheitsmodifizierende Therapie hin.[14,15,16]

DIGITALES DIAGNOSE TOOL

SymptomCheck^PLUS unterstützt Ärzte und Patienten dabei, neuropathische Schmerzen strukturiert zu erfassen und mithilfe validierter Scores (DN4, NSS, NDS) objektiv zu dokumentieren. Das erleichtert Diagnose und Therapieplanung.

Jetzt SymptomCheck^PLUS nutzen!

TOPISCHE VERFAHREN – EVIDENZBASIERTE WIRKSAMKEIT UND NEUES POTENZIAL

Neben systemischen Wirkstoffen wie Gabapentin oder Pregabalin empfiehlt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) als First-Line-Option auch die topische Anwendung von Capsaicin 8 % (Qutenza®).[7] Durch das lokal wirksame hochdosierte Capsaicin-Pflaster (HCCP) können überaktive nozizeptive Nervenfasern moduliert und systemische Belastungen vermieden werden – ein Vorteil für polymedizierte Diabetespatienten.[8] Die lokale Applikation ermöglicht es, die bestehende, systemische Medikation fortzuführen und sie mit HCCP zu kombinieren.[9,10]

ERFOLGSBERICHTE AUS DER PRAXIS[17]

Ein 73-jähriger Typ-2-Diabetiker mit schwerer pDPN zeigte trotz multipler oraler Therapieversuche (Antikonvulsiva, Duloxetin, Oxycodon, Amitriptylin) keine ausreichende Schmerzlinderung. Nach vier Anwendungen des 8 %-Capsaicin-Pflasters (Qutenza®) an beiden Füßen konnte die Schmerzintensität von VAS 10/10 auf 0/10 reduziert werden. Dadurch konnte die medikamentöse Begleittherapie deutlich verringert und die Lebensqualität spürbar verbessert werden. Nebenwirkungen beschränkten sich auf vorübergehendes Brennen an der Applikationsstelle, das mit zunehmender Zahl der Anwendungen abnahm. Weitere Qutenza®-Behandlungen wurden zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs geplant.

Mit frühzeitiger strukturierter Diagnostik mithilfe von Tools wie SymptomCheck^PLUS und leitliniengerechter topischer Therapiemöglichkeiten mit Capsaicin 8 % können Sie einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität Ihrer Patienten leisten.

Fachinfo & Pflichttext

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

** Limitationen der Studie einsehbar unter: https://www.diabetologie-online.de/_storage/asset/2540493/storage/master/file/366252897/St%C3%A4rken%20und%20Limitationen%20der%20Studie.pdf **1** Deutsche Diabetes Hilfe: https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes_/diabetes_in_zahlen, zuletzt eingesehen am 24.11.2025. **2** Robert Koch-Institut (RKI) – Diabetes-Surveillance, 2020: https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/3-28_Diabetische_Polyneuropathie.html, zuletzt eingesehen am 24.11.2025. **3** Kulzer B. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2022; 65:503-510. **4** Diener HC, Maier C, Die Schmerztherapie, Urban und Fischer, 3. Aufl. 2009; 146–149. **5** Überall M et al, Journal of Diabetes and Its Complications 2025; 39:109085. **6** Tesfaye S et al., J Diabetes Complications 2023; 37: 108417. **7** Ziegler D et al., DDG-Praxisempfehlung. Diabetische Neuropathie. Diabetologie 2022;17(Suppl 2):339–353. **8** Fachinformation QUTENZA® 179 mg kutanes Pflaster, 10/2023. **9** Tesfaye S et al., Lancet 2022; 400:680–690. **10** Ziegler D et al., Diabetes Res Clin Pract 2022; 186:109063. **11** Simpson D et al., J Pain 2017; 18:42-53. **12** Vinik A et al., BMC Neurology 2016; 16:251. **13** Mankowski C et al., BMC Neurol. 2017 Apr 21;17. **14** Anand P, et al., J Pain Res. 2019; 12:2039–52. **15** Anand P, et al., Front Neurol 2021; 12:722875. **16** Anand P, et al., Frontiers Neur 2022;13:998904. **17** Fallbericht. SCHMERZHAFTE DIABETISCHE POLYNEUROPATHIE. Dr. med. Maria Keul, MVZ im Altstadt-Carree Fulda GmbH. Zur vollständigen Kasuistik: https://www.diabetologie-online.de/_storage/asset/2540494/storage/master/file/366252898/250702_4986_Qutenza_DPN_Kasuistik_FINAL.pdf

GRÜNENTHAL

M-QZA-DE-11-25-0023

Diabetes- gleich Tumorprävention

Die AG Diabetes & Krebs will Früherkennung und Forschung voranbringen

BERLIN/MÜNCHEN. Krebs ist seit einigen Jahren die häufigste Todesursache bei Menschen mit Typ-2-Diabetes – und genau deshalb wurde 2021 die DDG AG Diabetes & Krebs gegründet. Die beiden Sprecher der AG wollen ihre Anliegen in der Diabetologie und Onkologie, in der Forschung, bei Hausärzt*innen und in der Bevölkerung bekannter machen. Neue Therapieansätze sind wichtig – aber noch wichtiger ist ihnen, auf die großen Chancen hinzuweisen, die die Prävention bietet.

Foto: zVg

PROFESSOR DR. HANS SCHERÜBL

ist Sprecher und erster Vorsitzender der AG. Nach seiner Zeit als Leiter der Klinik für Gastroenterologie, Gastrointestinale Onkologie und Infektiologie im Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin ist er nun an der Charité tätig. Er engagiert sich für Projekte zur Krebs-Früherkennung bei Menschen mit Diabetes.

Foto: Helmholtz Munich/Matthias Tunger

PROFESSOR DR. STEPHAN HERZIG

ist der zweite Vorsitzende der AG Diabetes & Krebs. Der Biologe ist Forschungsdirektor bei Helmholtz Munich, Direktor und Abteilungsleiter des Helmholtz Diabetes Center und Direktor des Instituts für Diabetes und Krebs. 2022 wurde er mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis der DDG ausgezeichnet.

? Herr Prof. Herzig, warum sind Tumorerkrankungen mittlerweile die häufigste Todesursache bei Menschen mit Typ-2-Diabetes?

Professor Stephan Herzig: Das hat zwei Gründe. Zum einen die Tatsache, dass die Kolleginnen und Kollegen in der kardiovaskulären Medizin sehr erfolgreich gewesen sind in der Verbesserung der Prognose von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die ja immer die Haupttodesursache bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes waren.

Aber inzwischen ist es natürlich so, dass viele der stoffwechselinduzierten Tumorerkrankungen auf dem Vormarsch sind. Das liegt schlicht und ergreifend auch daran, dass es immer mehr Menschen gibt, die übergewichtig sind, die Diabetes bekommen. Die Zahlen, so ist es prognostiziert, werden steigen – bis 2050 erwarten wir fast eine Milliarde Menschen auf der Welt mit Diabetes, trotz aller neuen Medikamente. Ein Beispiel: Leberkrebs ist eine Krebsart, die früher eher selten war. Leberverfettung, ein Hauptmerkmal von Übergewicht, ist ein Haupttreiber von Leberkrebs. Man kann sich gut vorstellen, dass aufgrund der Vielzahl von Menschen, die mit Stoffwechselerkrankungen belastet sind, die übergewichtig sind und Diabetes haben, die Anzahl der Krebserkrankungen, die damit zu tun hat, in Zukunft zunehmen wird.

> »Wir dringen langsam in die Fachwelt vor«

? Wird genug gesprochen über Diabetes und Krebs – in der Fachwelt und bei den Menschen mit Diabetes?

Prof. Herzig: Die AG wurde gegründet, weil wir in der Tat das Gefühl hatten, dass nicht genügend darüber gesprochen wird und nicht genügend darüber bekannt ist. Glücklicherweise haben über die letzten Jahre viele Fachgesellschaften auf diese Thematik reagiert, sodass es jetzt eigentlich auf jedem großen Diabetes-Kongress ein oder zwei Sitzungen dazu gibt und auf den großen Fachtagungen der Onkologen auch immer mindestens eine Sitzung zum Zusammenhang zwischen Krebs und Stoffwechselerkrankungen auf dem Programm steht.

Wir dringen langsam in die Fachwelt vor – aber noch nicht in die breite Öffentlichkeit. Vielen ist nach wie vor unbekannt, welches Risiko besteht, an Krebs zu erkranken, wenn man übergewichtig ist, wenn man Diabetes hat. Was uns ganz wichtig ist: Man möchte natürlich den Krebs behandeln können, aber ganz essenziell ist doch die Prävention. Professor Scherübl und ich sind der festen Überzeugung, dass alles, was getan wird, um Übergewicht und Diabetes zu verhindern und zu behandeln, gleichzeitig auch Tumorprävention ist. Und genau das ist noch nicht ins Allgemeinwissen übergegangen.

? Gehört zur Vorsorge auch, dass Menschen mit Diabetes intensiver gescreent werden sollten?

Prof. Scherübl: Menschen mit Typ-2-Diabetes haben ein erhöhtes Krebsrisiko, und man würde erwarten, dass sie deshalb eher an der Krebsvorsorge und der Früherkennung teilnehmen. Leider nehmen sie seltener an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil als die Allgemeinbevölkerung. Dabei sollten sie noch gezielter und eher früher und vielleicht auch in kürzeren Abständen daran teilnehmen – das wäre wissenschaftlich gesehen wünschenswert. Die Realität sieht anders aus, deshalb müssen wir in Kontakt mit den Menschen mit Diabetes und den Hausärzten kommen. Dort müssen wir das Wissen platzieren, wie wichtig und gut die Möglichkeiten der Krebsvorsorge sind. Inzwischen haben auch die Krankenkassen und die Gesundheitspolitik erkannt, dass Prävention auch in der Tumormedizin der erfolgreichere Weg wäre. 40 bis 50 % der Tumoren sind prinzipiell vermeidbar, wenn man den Lebensstil ändern würde. Das ist eine viel effektivere Krebsmedizin als zu warten, bis der Patient erkrankt und er dann behandelt werden muss.

> »Das Krebsrisiko ist vielen unbekannt«

? Welche Fachrichtungen und Berufsgruppen engagieren sich beim Thema Diabetes und Krebs?

Prof. Scherübl: Die AG ist momentan noch sehr stark orientiert an die ärztliche Ebene. Allgemein gibt es da durchaus Interesse, sich weiter zu qualifizieren – sowohl bei Diabetologen im Bereich Tumormedizin als auch umgekehrt Onkologen in der Diabetologie, denn sie sehen, dass 20 oder 30 % ihrer Patienten Diabetes haben. Bislang sind die beiden Ausbildungswege getrennt und überlappen sich wenig, dabei braucht es übergreifende Fachkompetenz, um dem Thema gerecht zu werden. In der AG haben wir Mitglieder aus der Gastroenterologie und der Onkologie. Wir haben viele Fortbildungsveranstaltungen für Diabetesassistenten und Diabetesberaterinnen gemacht. Auch in den Apotheken waren wir aktiv und z. B. in der auflagenstarken Apotheken-Rundschau präsent.

Prof. Herzig: Wir haben kürzlich neue Mitglieder aufgenommen, die sich mit einem extrem wichtigen Aspekt der Verbindung zwischen Stoffwechsel und Krebs befassen, der Tumorkachexie, die wir neuerdings als Langzeitfolge auch von Diabetes identifiziert haben. Sowohl von klinischer als auch wissenschaftlicher Seite sind wir offen für jeden, der sich für die Zusammenhänge zwischen Tumor und Stoffwechsel interessiert.

? Noch einmal zur Prävention: Welche Rolle spielen Hyperglykämie und Insulinresistenz?

Prof. Herzig: Insulinresistenz ist die zentrale Komponente bei Übergewicht und Typ-2-Diabetes und führt ja meist zu einer Hyperinsulinämie. Insulin kann als Wachstumsfaktor wirken. Hyperinsulinämie wie auch Hyperleptinämie – hohe Leptinspiegel, wie sie bei Übergewicht auftreten – sind als zwei wesentliche Mechanismen identifiziert worden, wie Tumoren schneller wachsen, proliferieren und früher auftreten können. Insofern spielen diese Störungen bei Übergewicht und Diabetes eine ganz zentrale Rolle.

Bezüglich der Hyperglykämie zeigen Studien, dass über bestimmte Rezeptoren Tumorzellen stärker wachsen, wenn sie sich in einem Milieu von erhöhtem Zucker befinden. Ich bin ehrlich gesagt immer etwas skeptisch, ob eine Hyperglykämie per se tatsächlich einen Tumor so treiben kann, wie das vielleicht in einer Zellkulturschale geschieht, wo Tumoren hauptsächlich Zucker verstoffwechseln, denn im Körper reagieren sie eigentlich immer sehr flexibel auf das Angebot von Nahrungsbestandteilen. Das heißt, Hyperglykämie würde ich immer mehr als Ausdruck der Stoffwechselerkrankung ansehen.

Nicht vergessen dürfen wir die Entzündungsreaktionen bei Übergewicht und Diabetes, von denen wir wissen, dass sie ganz wichtige Treiber sind für die Entwicklung von Tumoren und für die gesteigerte Aggressivität von Tumoren.

> »40 bis 50 % der Tumoren sind vermeidbar, wenn man den Lebensstil ändern würde«

Prof. Scherübl: Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass das erhöhte Krebsrisiko sinkt, wenn man diese Mechanismen umkehren kann und die Hyperinsulinämie zurückgeht. Es gibt dazu inzwischen Langzeitdaten, zum einen aus Schweden, wo Menschen mit Übergewicht und Typ-2-Diabetes fast 30 Jahre lang nachverfolgt wurden. Angeschaut hat man sich eine Gruppe, die entweder durch eine Lebensstiländerung oder infolge einer Magen-Bypass-Operation signifikant Gewicht verloren und zudem eine langfristige – 10 Jahre und länger – Remission des Typ-2-Diabetes erreicht hat. Sie konnte so ihr erhöhtes Krebsrisiko auf das Niveau der Allgemeinbevölkerung senken.

Es gibt außerdem Daten aus der Adipositaschirurgie, die zeigen: Wenn die Gewichtsreduktion frühzeitig – in diesem Fall durch eine Magen-Bypass-Operation – erreicht wird, sinkt das erhöhte Risiko für Leberkrebs oder Bauchspeicheldrüsenkrebs auf das Niveau der Allgemeinbevölkerung. Diese Umkehrbarkeit zeigt, wie die Mechanismen zusammenhängen. Es gibt Hoffnung und es lohnt sich, zu intervenieren – natürlich je früher, umso besser. *Günter Nuber (Interview) und Nicole Finkenauer (Interview und Zusammenfassung)*

Aktuelle Zahlen und Fakten zu Diabetes und Krebs finden Sie im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2026:
ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht

Neugierig auf mehr?

Dann hören Sie sich die Folge mit Prof. Hans Scherübl und Prof. Stephan Herzig in voller Länge an und erfahren Sie mehr über die interdisziplinäre Forschung und die Aktivitäten der AG. Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf diabetologie-online.de, medical-tribune.de und den gängigen Podcast-Plattformen.

Dokumentieren, was sonst verborgen bleibt

Wie Inzidenzregister Typ-1-Diabetes sichtbar machen

WIESBADEN. Regionale Register und die bundesweite ESPED zeigen, wie sich die Autoimmunerkrankung bei Kindern und Jugendlichen entwickelt – über Jahre hinweg und mit hoher Genauigkeit. Gleichzeitig fehlt in Deutschland eine verlässliche staatliche Struktur für diese zentrale Versorgungsforschung.

Wichtige Typ-1-Diabetes-Inzidenzregister in Deutschland

- **Nordrhein-Westfalen: DIREGT**
  (Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf)
  Erfasst Neudiagnosen von Typ-1- und Typ-2-Diabetes unter 35 Jahren in NRW sowie von Kindern mit Typ-1-Diabetes unter fünf Jahren bundesweit. Nutzung dreier Datenquellen (klinische Meldungen, ESPED, DPV). Erfassungsvollständigkeit beim pädiatrischen Typ-1-Diabetes: ca. 98 %. Fokus auf Epidemiologie, räumliche Verteilungsmuster und Versorgungsplanung.
- **Baden-Württemberg: DIARY-Register**
  (Universitätsklinikum Tübingen)
  Erfasst seit 1987 landesweit Manifestationen von Typ-1-Diabetes bei 0- bis 14-Jährigen. Über 12.500 Fälle dokumentiert. Mehrfach geprüfte Vollständigkeit von über 97 %. Internationale Vergleichbarkeit über EURODIAB. Beobachtungen erlauben Rückschlüsse auf Triggerfaktoren und helfen, die Ätiologie besser zu verstehen.
- **Sachsen: Sächsisches Kinder-Diabetes-Register**
  (TU Dresden)
  Nachfolger des alten DDR-Registers zur Inzidenz des Typ-1-Diabetes, das mit der Wende nicht fortgeführt wurde. Seit dem Jahr 1999 Register für alle Diabetesformen bei Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre. Vollständigkeit ca. 97 %. Pseudonymisierte klinische und demografische Daten. Zentrale Grundlage für die Evaluation von Typ-1-Screening-Programmen.
- **Bundesweit: ESPED**
  (Universitätsmedizin Mainz)
  Aktives Surveillance-System für seltene pädiatrische Erkrankungen, darunter auch Typ-1-Diabetes. Projektbezogene bundesweite Erfassung von Typ-1-Diabetesfällen über teilnehmende Kinderkliniken. Kein dauerhaftes Vollregister, aber wichtige Referenzquelle für nationale Inzidenzschätzungen.

Wie häufig tritt Typ-1-Diabetes im Kindes- und Jugendalter tatsächlich auf? Wie verändert sich die Neuerkrankungsrate im Zeitverlauf? Für diese Fragen sind bevölkerungsbezogene Inzidenzregister wertvolle Datenquellen. Sie leben in Deutschland allerdings vom freiwilligen Engagement einzelner Arbeitsgruppen.
Weit verbreitet und in den Diabetespraxen gut etabliert ist das DPV-System. Doch wie die Kinderdiabetologin Professorin Dr. Beate Karges von der RWTH Aachen betont, handelt es sich hierbei in erster Linie um ein Instrument zur Dokumentation der Diabetestherapie, das auch zum Benchmarking und für Fragen der Versorgungsforschung genutzt wird. Es ist aber kein klassisches Inzidenzregister. Um reale Fallzahlen möglichst genau abschätzen zu können, brauche es deshalb unabhängige regionale Register. „Erst durch den Abgleich mehrerer Datenquellen kommen wir der tatsächlichen Inzidenz näher." Dabei helfen die regionalen universitären Register (s. Kasten).

> »Ein weiterer allgemeiner Punkt ist das lange erwartete Registergesetz. Wir benötigen ein Registergesetz, das die Gesetzgebung für Register präzisiert und die Möglichkeit für eine Opt-out-Lösung bei entsprechender Qualifizierung bietet.«
>
> **Dr. Esther Seidel-Jacobs, Nordrhein-Westfalen**

Register als Seismograph für Krankheitsdynamik

Besonders anschaulich zeigt sich der Nutzen der Inzidenzregister am Beispiel Baden-Württembergs: Dort stieg die Inzidenz über viele Jahre kontinuierlich an, flachte dann ab, stieg während der Corona-Pandemie erneut an und ging anschließend wieder zurück. „Solche Schwankungen geben uns indirekte Hinweise auf Faktoren, die diabetische Autoimmunität begünstigen oder vor ihr schützen könnten", erklärt Prof. Karges. Registerdaten liefern damit nicht nur Zahlen für die Versorgungsplanung, sondern auch wichtige Impulse für die Ursachenforschung.
Leider ist die aufwendige Arbeit aller Register strukturell kaum abgesichert. „Viele von uns geben die Daten zusätzlich zur klinischen Arbeit ein", berichtet Prof. Karges. In Baden-Württemberg beteiligen sich seit Jahrzehnten alle Kinderkliniken des Landes – ausschließlich auf freiwilliger Basis. Auch in Sachsen dokumentieren alle pädiatrischen Einrichtungen mit Diabetesschwerpunkt für das Register, inklusive Schulung des Personals und Aufklärung der Eltern.

> »Von der Politik und den Kostenträgern wünschen wir uns ein größeres Verständnis für die besonderen Belange von Kindern mit Typ-1-Diabetes sowie eine stärkere Unterstützung bei allen Vorhaben, die zur Früherkennung und insbesondere zur Prävention beitragen können.«
>
> **Josephine Schneider, Sachsen**

Hoher Aufwand, kaum strukturelle Absicherung

Die größte Herausforderung bleibt die langfristige Sicherung der Vollständigkeit. Personalwechsel, Umstrukturierungen in Kliniken oder technische Umstellungen können die Datenerhebung gefährden. Hinzu kommt die Finanzierung: Anschubförderungen laufen aus, dauerhafte institutionelle Lösungen fehlen. Auch die bundesweite Surveillance via ESPED wird projektbezogen finanziert und ist nicht dauerhaft strukturell verankert.
Dabei geht der Nutzen der Daten weit über die Dokumentation der Fallzahlen hinaus: In Sachsen lassen sich erstmals systematisch Früherkennungsprogramme evaluieren. In Nordrhein-Westfalen dienen die Daten der Bedarfsplanung: Wie viele spezialisierte Einrichtungen werden künftig benötigt? Welche Altersgruppen sind besonders betroffen? Auf Bundesebene fließen Registerdaten unter anderem in die Schätzungen des Robert Koch-Instituts ein. Allerdings bleibt die Datenbasis heterogen, denn verbindliche Meldepflichten existieren nicht.

Blick nach Schweden und Appell an Engagierte

Wer sich für Registerarbeit engagiert, blickt daher oft neidvoll nach Schweden. Dort ist sie Teil der regulären medizinischen Versorgung und wird staatlich finanziert. In Deutschland hingegen hängt sie vom Engagement Einzelner ab. „Es wäre dringend notwendig, Register dauerhaft öffentlich zu finanzieren", meint Prof. Karges. Zugleich appelliert sie an Regionen ohne eigene Strukturen: Vorhandene Daten sichtbar zu machen, könne motivieren, weitere regionale Register aufzubauen. Denn jede zusätzliche valide Datenquelle stärkt das Gesamtbild – und damit Versorgungsforschung, Prävention und Planung.

Antje Thiel

Die Arbeit der Register ist strukturell kaum abgesichert. Meist werden die Daten zusätzlich zur klinischen Arbeit eingegeben; die Finanzierung ist schwierig.

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

> »Diese Registerarbeit wird seitens der gesundheitspolitisch Verantwortlichen immer wieder eingefordert, weil diese Zahlen wichtig sind für die Strukturplanung. Andererseits fehlt jegliche Unterstützung sowohl in finanzieller als auch in logistischer oder personeller Form. Das DIARY Register wurde bislang ausschließlich durch universitäre Mittel, Drittmittel, Projektförderung getragen.«
>
> **Dr. Julian Ziegler, Prof. Dr. Andreas Neu, Baden-Württemberg**

Zusammen auf die nächste Stufe

Das neue Mentoring-Programm für angehende Diabetesberater*innen ist gestartet

BERLIN. Das Mentoring-Programm zur Diabetesedukation DDG bringt Diabetesberater*innen mit Berufserfahrung zusammen mit angehenden Diabetesberater*innen DDG. Beide Seiten sollen davon profitieren, indem sie voneinander lernen und sich auf Augenhöhe austauschen. Wie funktioniert das in der Praxis?

Sebastian Bittner ist seit 2018 Diabetesberater DDG und arbeitet als Teamleitung der Diabetesberatung in der m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn und hat schon mehrere angehende Diabetesberater*innen durch die Ausbildung begleitet. Er engagiert sich im Vorstand des VDBD, hat seit 1991 Typ-1-Diabetes – und ist einer der ersten Mentoren im Rahmen des Mentoring-Programms.
Seine Mentee, 42 Jahre alt, ist u. a. MFA und Fuß- und Wundassistentin DDG und arbeitet in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis. Die Ausbildung zur Diabetesberaterin DDG macht sie in Regensburg an der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern, wo Sebastian Bittner auch als Dozent tätig ist.

? Herr Bittner, warum engagieren Sie sich als Mentor für eine angehende Diabetesberaterin?
Bittner: Ich sehe das Mentoring-Programm der DDG als nachhaltiges Entwicklungsprogramm, das nicht nur auf kurzfristige Problemlösung ausgelegt ist. Ich möchte Erfahrung und Wissen weitergeben, motivieren und meiner Mentee während der Ausbildung Orientierung und Klarheit bieten – sowohl bei Fragen zu den Lerninhalten als auch im beruflichen Alltag. Wichtig ist mir, ehrliches und unabhängiges Feedback zu geben. Konkret möchte ich Selbstvertrauen und eine professionelle Haltung, fachliche Kompetenz und Sicherheit vermitteln und zu kritischem Denken anregen.

»Wichtig ist mir, ehrliches Feedback zu geben«

Das Mentoring-Programm hilft Mentor*in und Mentee, sich weiterzuentwickeln.
Foto: naum – stock.adobe.com

? Hätten Sie in der Zeit Ihrer Ausbildung gern selbst einen Mentor/eine Mentorin gehabt?
Bittner: Durch meine langjährige persönliche Erfahrung mit Typ-1-Diabetes habe ich mich schon früh intensiv mit dieser Erkrankung beschäftigt und hätte deshalb während meiner eigenen Weiterbildung keine*n Mentor*in benötigt.
Gerade die Diabetestechnologie, die sich stetig weiterentwickelt, löst aber bei vielen angehenden Diabetesberater*innen Unsicherheit aus. Auch klassische Inhalte wie das Ansetzen oder der Wechsel von Insulin, die Bestimmung von Insulindosen sowie die Berechnung von BE/KE bzw. gKH können insbesondere zu Beginn der Weiterbildung Stolpersteine darstellen. In solchen Bereichen kann eine Mentorin oder ein Mentor eine wertvolle Unterstützung bieten, um Sicherheit zu gewinnen und den Transfer in den beruflichen Alltag zu erleichtern.

? Was möchte Ihre derzeitige Mentee konkret von Ihnen erfahren?
Bittner: Sie möchte vor allem Wissen über das Thema Fett-Protein-Einheiten, zu Insulinen und zur Technologie mit Schwerpunkt in der AID-/Insulinpumpentherapie vermittelt bekommen.

? Was ist das Wichtigste für die Arbeit in der Diabetesberatung, das Sie Ihrer Mentee mitgeben möchten?
Bittner: Mir ist es wichtig, ihr eine vorurteilsfreie und wertschätzende Haltung gegenüber Menschen mit Diabetes zu vermitteln. Dazu gehört, den Betroffenen auf Augenhöhe zu begegnen und ihre individuellen Lebenssituationen ernst zu nehmen. Ebenso lege ich großen Wert auf Ehrlichkeit – auch in schwierigen oder sensiblen Situationen – sowie auf eine transparente und nachvollziehbare Kommunikation.
Darüber hinaus möchte ich meine Mentee dazu ermutigen, therapeutische Entscheidungen bewusst zu reflektieren, Verantwortung zu übernehmen und sich fachlich fundiert an die individuelle Therapie heranzutrauen. Eine kontinuierliche, klare und adressatengerechte Kommunikation mit allen Beteiligten ist zentraler Bestandteil einer erfolgreichen Diabetesberatung. Ich möchte außerdem vermitteln, die vielfältigen Fort- und Weiterbildungsangebote aktiv zu nutzen, um fachlich stets auf dem aktuellen Stand zu bleiben. Die kontinuierliche Weiterentwicklung ist angesichts der sich stetig wandelnden Therapieoptionen und technischen Innovationen ein unverzichtbarer Bestandteil professioneller Beratung.

INTERVIEW

Sebastian Bittner
Diabetesberater DDG, m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn
Foto: Bildnachweis Portrait

»Wichtig ist die klare Abgrenzung der Mentorenrolle«

? Sie können drei Tipps geben, die Sie selbst sich vielleicht erst im Laufe der Zeit erarbeitet haben …
Bittner:
- Hab keine Angst vor Entscheidungen – aber denke sie bewusst durch.
- Begegne Menschen mit Diabetes vorurteilsfrei und auf Augenhöhe.
- Bleib offen für Neues und nutze Fort- und Weiterbildungen aktiv.

? Was sollte in den von der DDG angebotenen Workshops für Mentor*innen vermittelt werden?
Bittner: Ein wichtiges Thema ist für mich die klare Abgrenzung der Mentorenrolle: Wo liegen unsere Aufgaben und Verantwortlichkeiten und ab welchem Punkt endet unsere Rolle als Mentor*in? Diese Klarheit würde aus meiner Sicht dazu beitragen, das Mentoring noch sicherer und wirkungsvoller zu gestalten.

Interview: Nicole Finkenauer

Mentoring-Programm zur Diabetesedukation DDG

- Erfahrene Fachkräfte mit einem Abschluss als Diabetesberater*in DDG können Mentor*innen werden. **Interessierte Diabetesberater*innen** bewerben sich und werden dann von einer Weiterbildungsstätte kontaktiert, die auch das erste Treffen mit dem/der Mentee vermittelt.
- Einmal pro Zertifizierungszeitraum von drei Jahren können Mentor*innen für ihre Tätigkeit bis zu sechs Fortbildungspunkte der VDBD AKADEMIE erwerben.
- Wer als **Weiterbildungs-Teilnehmende** am Mentoring-Programm interessiert ist, kann einen Bewerbungsbogen ausfüllen oder sich an die DDG Geschäftsstelle oder die Weiterbildungsstätte wenden.
- Die Mentoring-Partnerschaft dauert ca. sechs Monate. Vorgesehen sind regelmäßige Treffen (pro Monat insg. fünf Stunden) zwischen Mentor*in und Mentee.

Alle Informationen für Mentor*innen und Mentees, Bewerbungsmöglichkeiten etc.:
ddg.info/diabetesedukation/mentoring-programm-ddg

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

Kreislaufwirtschaft – mehr Nachhaltigkeit in Kliniken

In Deutschland fallen im Gesundheitswesen jährlich rund 4,8 Millionen Tonnen Abfall an, davon mehrere hundert Tonnen Restmüll pro Klinik. Um die Müllmenge zu reduzieren, untersucht das Institut für Industrial Ecology (INEC) der Hochschule Pforzheim seit 2024 kreislaufwirtschaftliche Ansätze für Krankenhäuser. Die Forschung des INEC zeigt, dass digitale Abfallanalysen, standardisierte Sortiersysteme und einheitliche Farbcodes dazu beitragen können, Wertstoffe gezielt zurückzugewinnen und Recyclingquoten deutlich zu erhöhen. Weitere Möglichkeiten bieten u. a. nachhaltige Beschaffungsstrategien.

Ernährungsleitlinien besser verstehen und gezielter nutzen

Etwa jede/jeder 4. Krankenhauspatient*in in Deutschland ist mangelernährt. Um Ärzt*innen, Pflegekräfte sowie weitere Gesundheitsberufe in der klinischen Praxis zu unterstützen, hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) mehrere ihrer zentralen Leitlinien grundlegend überarbeitet. Eine neue Video-Reihe bereitet die wichtigsten Inhalte nun verständlich, kompakt und praxisnah auf. Ziel ist es, die Empfehlungen stärker in der medizinischen Versorgung zu verankern und damit die ernährungsmedizinische Betreuung weiter zu verbessern. **YouTube.com/@DGEM_Ernährungsmedizin**

DFS bei Älteren: Ziele ermöglichen

Individuelle Therapieschwerpunkte setzen – und schonend therapieren

MANNHEIM. Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) ist ein Hinweis auf schwere Begleiterkrankungen und erfordert besonders im Alter eine individuell angepasste Therapie. Entscheidend sind schonende Verfahren, eine konsequente Druckentlastung und qualifizierte Unterstützung durch Fuß- und Wundassistent*innen.

Menschen mit Diabetes versterben nicht an hohem Blutzucker, sondern an diabetesassoziierten Erkrankungen wie etwa dem Diabetischen Fußsyndrom (DFS). Für dessen Entstehen sind hauptsächlich die diabetische Polyneuropathie (PNP) und die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) verantwortlich, wie Dr. Young Hee Lee-Barkey vom Herz- und Diabeteszentrum in Bad Oeynhausen erklärte. „Das Vorhandensein eines DFS weist also darauf hin, dass der betroffene Mensch schwer krank ist.“ Entsprechend liege die Fünf-Jahres-Mortalität beim DFS bei 30 bis 70 %.

DFS-Therapie bei alten Menschen: weniger ist oft mehr

Bei geriatrischen Patient*innen erschwert neben funktionellen Einschränkungen auch die Seneszenz der Zellen eine rasche Wundheilung. Dr. Lee-Barkey empfahl, die Therapie vorrangig an der individuellen Lebenssituation auszurichten. Ältere Menschen verfolgten häufig zeitlich begrenzte Ziele – etwa ein Familienfest oder ein Jubiläum, das sie möglichst unbeschwert erleben möchten. „Wir sollten verhindern, dass sie in den wenigen Jahren, die ihnen noch bleiben, mit einer Behinderung im Bett liegen, nur weil wir leitliniengerecht therapiert haben. Weniger kann dann oft mehr sein.“
Als Beispiele für konservative bzw. wenig invasive Ansätze, die bei hochbetagten Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom schonend durchgeführt werden können, nannte die Diabetologin Kaltplasma, autologes plättchenreiches Plasma oder Fischhauttransplantate.

Innere Entlastung des Fußes: „einfach, aber sehr wirksam“

Doch natürlich haben auch gefäßchirurgische Interventionen ihren Platz in der Therapie des DFS, wie der niedergelassene Gefäßchirurg Dr. Dmitriy Dovzhanskiy aus Bensheim erläuterte. Allerdings konzentriere man sich in seinem Fachgebiet häufig auf die Revaskularisation und vernachlässige die für eine Wundheilung zwingend notwendige Druckentlastung des betroffenen Fußes.
Neben Maßnahmen zur äußeren Entlastung wie Distanzpolster, Orthesen oder Maßschuhe könne man mit kleinen, aber effektiven fußchirurgischen Eingriffen zur inneren Entlastung des Fußes beitragen. Hierzu zählt Dr. Dovzhanskiy Tenotomien (operative Durchtrennung einer Sehne), Strecksehnenverlängerungen oder Gelenkkapsel-Releases, die problemlos ambulant erfolgen könnten und „einfach, aber sehr wirksam“ seien. Größere Prozeduren wie Achillessehnenverlängerungen oder Keilosteotomien erforderten hingegen ein stationäres Setting.
Das Fazit des Gefäßchirurgen zur Therapie des DFS: „DFS ist mehr als Sono und Wundbehandlung. Die Entlastung ist das entscheidende Element.“ *Antje Thiel*

Diabetes Herbsttagung 2025

Foto: cottidie – stock.adobe.com

Rückblick auf 20 Jahre Fuß- und Wundassistenz DDG

Seit dem Start im Jahr 2005 haben 4.200 Teilnehmende die Kurse absolviert, wie Angelika Deml von der „Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern“ in Regensburg berichtete. Das Curriculum wurde im Verlauf der 20 Jahre regelmäßig erweitert, zuletzt 2024 mit stärkerem Praxisbezug und Blended Learning. Ziel sei es, „nicht nur die Wunde, sondern den ganzen Fuß“ in den Blick zu nehmen, betonte Deml. Die Qualifikation sei heute eine feste Säule der DFS-Versorgung, so die Diabetologin Dr. Astrid Schmidt-Reinwald aus Trier. Sie hob hervor, dass qualifizierte Fuß- und Wundassistent*innen (FWA) ärztlich delegierte Aufgaben übernehmen dürfen: „Unsere Fuß- und Wundassistentin darf auch ein chirurgisches Debridement vornehmen.“ Ohne diese Unterstützung sei die Versorgung in den Praxen kaum aufrechtzuerhalten. Die FWA selbst verstehen sich auch als Brückenbauer*innen und als Verteidiger*innen der Patienteninteressen.

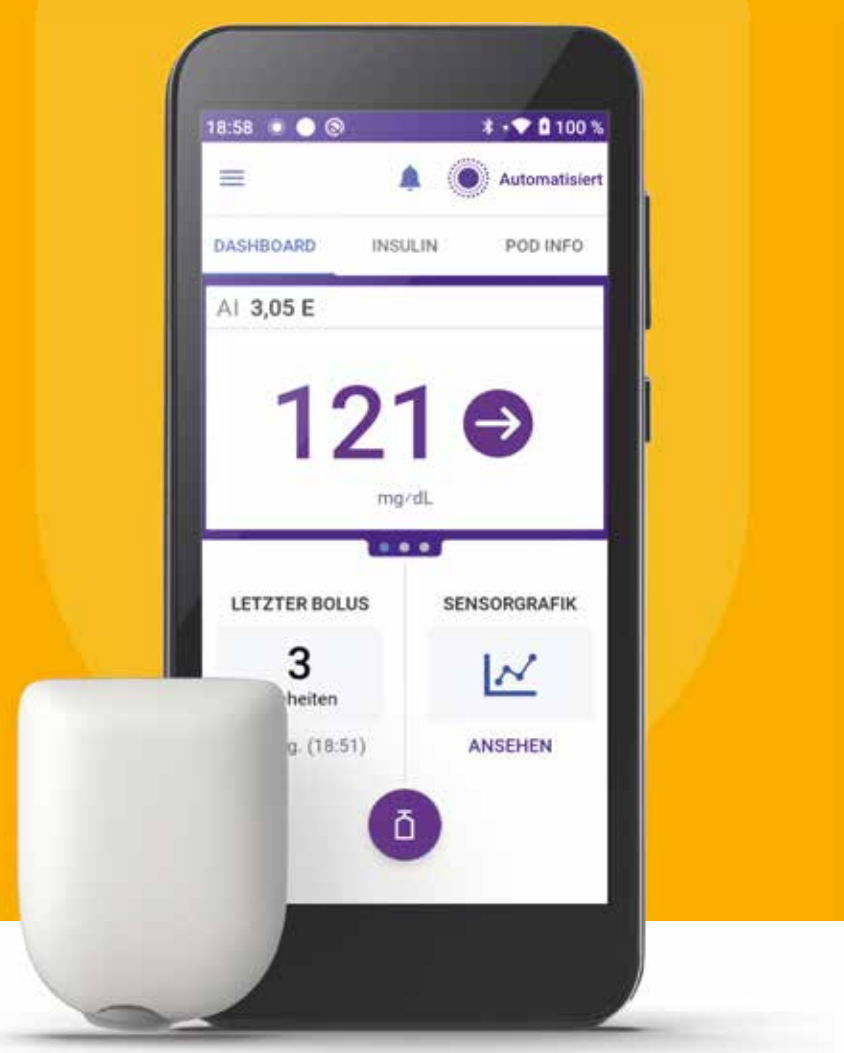
EIN HOCH AUF DIE EINFACHHEIT

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

PASST AN
Mikroboli passen die Insulinabgabe automatisch an.[1]

KORRIGIERT
Hilft, hohe Glukosewerte zu korrigieren.[2,3]

SCHÜTZT
Hilft zu schützen, indem die Insulinabgabe reduziert oder pausiert wird.*[2,3]



Der Pod ist ohne erforderliches Pflaster abgebildet.

Jetzt mehr zu Omnipod® 5 erfahren

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 Gesamttagesinsulin (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

Gestörte Nutzung alternativer Energieträger

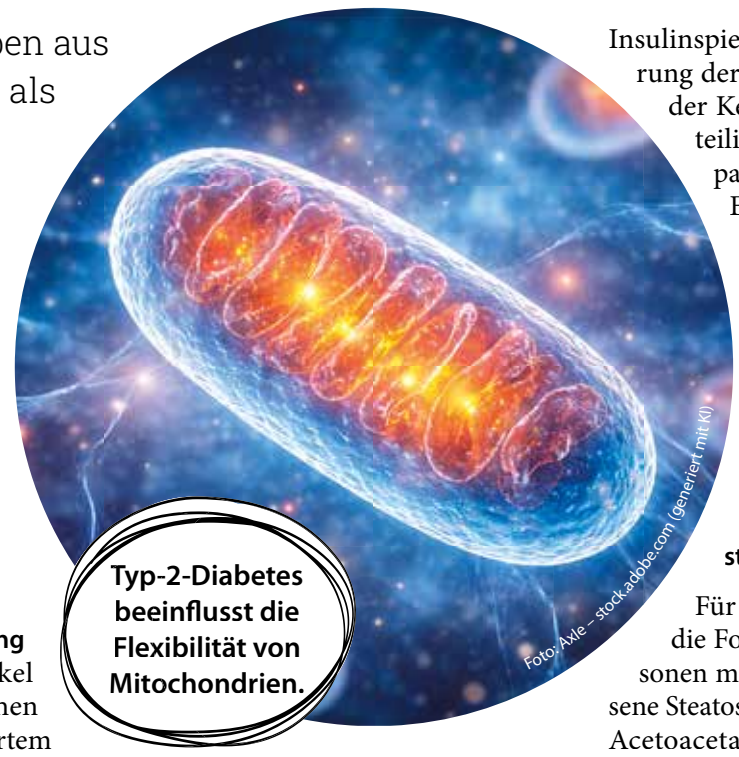
Eingeschränkte Ketonkörperverwertung bei Insulinresistenz

DÜSSELDORF. Ketonkörper entstehen in der Leber, wenn Glukose knapp ist. Sie dienen Herz, Muskulatur, Nieren und anderen Organen bei Fasten, körperlicher Aktivität oder kohlenhydratarmer Ernährung als Energiequelle. Der vermehrten Verfügbarkeit von Ketonkörpern wird zudem eine therapeutische Wirkung bei Typ-2-Diabetes zugeschrieben. Eine neue Studie zeigt, dass die Mitochondrien bei metabolischen Erkrankungen organübergreifend nur eingeschränkt auf die Verwertung von Ketonkörpern umschwenken können.

An der Studie wirkten neben Forschenden des Düsseldorfer DDZ, des Universitätsklinikums Düsseldorf und der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU) auch andere Institute des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) mit.
An den beteiligten Standorten wurden Gewebeproben aus Herz, Skelettmuskel, Niere und Leber von Menschen mit Typ-2-Diabetes, Adipositas oder steatotischer Leber (MASLD) sowie von entsprechenden Kontrollpersonen analysiert. Dabei kam hochauflösende Respirometrie zum Einsatz, mit der sich bestimmen lässt, wie viel Energie die Mitochondrien aus verschiedenen Substraten gewinnen können. Während frühere Studien häufig die Konzentration von Ketonkörpern im Blut betrachteten, erfasst diese Methode unmittelbar die tatsächliche Fähigkeit der Zellen, Ketonkörper zur Energiegewinnung zu nutzen.

Herz **Deutliche Energieeinbußen bei Diabetes**
Besonders eindrücklich waren die Ergebnisse am Herzen. In Endomyokardbiopsien von transplantierten Menschen mit Typ-2-Diabetes war die ketonkörperabhängige Energiebildung um bis zu ein Drittel reduziert. Dabei blieb die Gesamtleistung der Mitochondrien für andere Energiesubstrate weitgehend erhalten. Die Störung scheint also spezifisch die Fähigkeit zu betreffen, auf Ketonkörper umzuschalten – ein Hinweis auf eingeschränkte metabolische Flexibilität. Der Grad der Einschränkung korrelierte zudem mit dem HbA_{1c}-Wert, was auf eine enge Verbindung zwischen glykämischer Stoffwechsellage und mitochondrialer Anpassungsfähigkeit schließen lässt.

»Gewebeproben aus vier Organen als Grundlage«



Typ-2-Diabetes beeinflusst die Flexibilität von Mitochondrien.

Skelettmuskel **Selektive Störung trotz normaler Gesamtleistung**
Auch im Skelettmuskel zeigte sich bei Menschen mit frisch diagnostiziertem Typ-2-Diabetes eine deutlich reduzierte Ketonkörperverwertung. Dabei stand die Insulinsensitivität der Teilnehmenden in engem Zusammenhang mit der ketonkörperabhängigen Energieproduktion: Je ausgeprägter die Insulinresistenz, desto geringer die Ketonkörpernutzung. Die Enzymmengen des ketonkörperabbauenden Stoffwechselwegs waren hingegen nicht reduziert – die Störung entsteht somit auf funktioneller Ebene und nicht durch Enzymmangel.

Niere **Insulinresistenz beeinträchtigt renale Energienutzung**
Da für menschliches Nierengewebe keine frischen Proben verfügbar waren, untersuchte das Forschungsteam Nierenrinde aus etablierten Adipositas-Modellen. Auch hier fiel die Ketonkörperverwertung bei insulinresistenten Tieren deutlich ab. Gleichzeitig zeigten sich um ein Fünffaches erhöhte Insulinspiegel und eine Verringerung der Enzymmengen, die an der Ketonkörpernutzung beteiligt sind. Die Ergebnisse passen zu der wachsenden Evidenz, dass mitochondriale Funktionsstörungen in der Niere eine wichtige Rolle bei metabolisch bedingten Nierenerkrankungen spielen.

Leber **Verminderte HBA-Oxidation in steatotischem Gewebe**
Für die Leber untersuchten die Forschenden adipöse Personen mit und ohne nachgewiesene Steatose. Obwohl Hepatozyten Acetoacetat als einen der beiden wichtigsten Ketonkörper nicht nutzen können, können sie den Ketonkörper β-Hydroxybutyrat (HBA) durchaus oxidieren und damit Energie in Form von Nicotinamidadenindinukleotid (NADH) bereitstellen. In MASLD-Gewebe war diese HBA-abhängige Atmung jedoch deutlich reduziert. Gleichzeitig fanden sich mehr Mitochondrien als in einer gesunden Leber – vermutlich ein Versuch des Organs, den Funktionsverlust auszugleichen, allerdings ohne echten Nutzen. Die Autor*innen sehen darin ein Zeichen, dass in der Fettleber das Gleichgewicht zwischen Bildung und Nutzung von Ketonkörpern gestört ist.

Antje Thiel

Zweck E et al. eBioMedicine 2025; 122: 106007; doi:10.1016/j.ebiom.2025.106007

Neues Ziel: die mitochondriale Ketonkörperoxidation verbessern

Über alle untersuchten Organe hinweg zeigt sich ein gemeinsames Muster: Insulinresistenz geht mit einer spürbar reduzierten Fähigkeit einher, Ketonkörper zur Energiegewinnung zu nutzen. Das betrifft Organe mit sehr hohem Energiebedarf – etwa Herz und Skelettmuskel – ebenso wie die Leber und die Niere. Für klinische Strategien bedeutet dies, dass Therapieformen, die sich auf erhöhte Ketonkörper-Spiegel verlassen, möglicherweise weniger wirksam sind, wenn die mitochondriale Nutzungskapazität eingeschränkt ist.
Gleichzeitig eröffnet die Studie neue Ansatzpunkte: Eine gezielte Verbesserung der mitochondrialen Ketonkörperoxidation könnte das Ziel künftiger Therapien sein. Auch diagnostisch könnte die ketonkörperabhängige Mitochondrienfunktion künftig als sensibler Marker dienen, um frühe metabolische Entgleisungen oder Organstress besser zu erkennen.

Bei Insulinresistenz Vorsicht mit ketogener Ernährung

Welche klinische Relevanz haben die Studienergebnisse?

DÜSSELDORF. Die Erstautoren der Studie, Dr. Elric Zweck und Dr. Sarah Piel vom Cardiovascular Research Laboratory an der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie des Universitätsklinikums Düsseldorf geben einen Einblick in ihre Arbeit.

INTERVIEW

Dr. Elric Zweck
Universitätsklinikum Düsseldorf
Foto: privat

INTERVIEW

Dr. Sarah Piel
Universitätsklinikum Düsseldorf
Foto: privat

? Was war der zentrale Ausgangspunkt der Studie?
Dr. Elric Zweck: Wir beschäftigen uns beim DDZ – auch in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf, der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und den anderen Instituten des DZD – schon sehr lange mit dem Mitochondrienstoffwechsel. Insbesondere im Herzen hat sich gezeigt, dass Ketonkörper kardioprotektiv wirken können. Bisherige Studien haben allerdings in erster Linie Ketonkörperspiegel in Blut und Gewebe analysiert. Doch selbst wenn Ketonkörper in Organen messbar sind, heißt es nicht, dass sie auf mitochondrialer Ebene verwertbar sind. So entstand unser Interesse, die Ketonkörperverwertung bei Typ-2-Diabetes, Adipositas und MASLD näher zu untersuchen.

? Hat sich die hochauflösende Respirometrie als Untersuchungsmethode bewährt?
Dr. Sarah Piel: Die Methode ist im Bereich der Mitochondrienuntersuchung sehr verlässlich und akkurat. Sie funktioniert bei fast allen Geweben, unabhängig von ihrem Ursprung. Besonders vorteilhaft ist, dass man nur geringe Mengen Gewebe braucht.
Wir hoffen daher auf eine breite Anwendung des Protokolls, um die Rolle des Ketonkörperstoffwechsels in verschiedenen metabolischen Krankheiten weiter zu erforschen. Prinzipiell wäre die Respirometrie zur Untersuchung des Mitochondrienstoffwechsels auch klinisch einsetzbar. Doch hier geht die Tendenz eher dahin, nichtinvasive Verfahren zu verfeinern. Vor dem klinischen Einsatz müssen diese allerdings erst validiert werden – und hierfür wäre die Respirometrie hervorragend geeignet.

? Welche Bedeutung haben Ihre Ergebnisse für die Therapie von Menschen mit Typ-2-Diabetes, Adipositas und MASLD?
Dr. Zweck: Aus unseren Ergebnissen kann man keine klaren therapeutischen Empfehlungen ableiten. Aber man kann zumindest vermuten, dass eine Ketose bzw. ketonkörperbasierte Diät und längeres Fasten bei Personen im fortgeschrittenen Stadium der Insulinresistenz nicht zu einer Verbesserung der zellulären Energieversorgung führt, weil ihre Mitochondrien die Ketonkörper nur eingeschränkt verwerten können.

? Glauben Sie, dass die von Ihnen beschriebenen Störungen des Ketonstoffwechsels reversibel sind?
Dr. Piel: Mit dieser Studie kann nicht beantwortet werden, ob Maßnahmen, die in der Praxis zur Verbesserung der Insulinresistenz eingesetzt werden, auch die Ketonkörperverwertung durch die Mitochondrien wieder verbessern können.
Um diese Frage zu beantworten, laufen aktuell weitere Studien im Forschungsverbund – weiterhin mit Fokus auf Herz, Skelettmuskeln, Leber und Niere.

Interview: Antje Thiel

DIABETES KONGRESS 2026

REVOLUTION DER MITTEL – REALITÄT DER MENSCHEN.

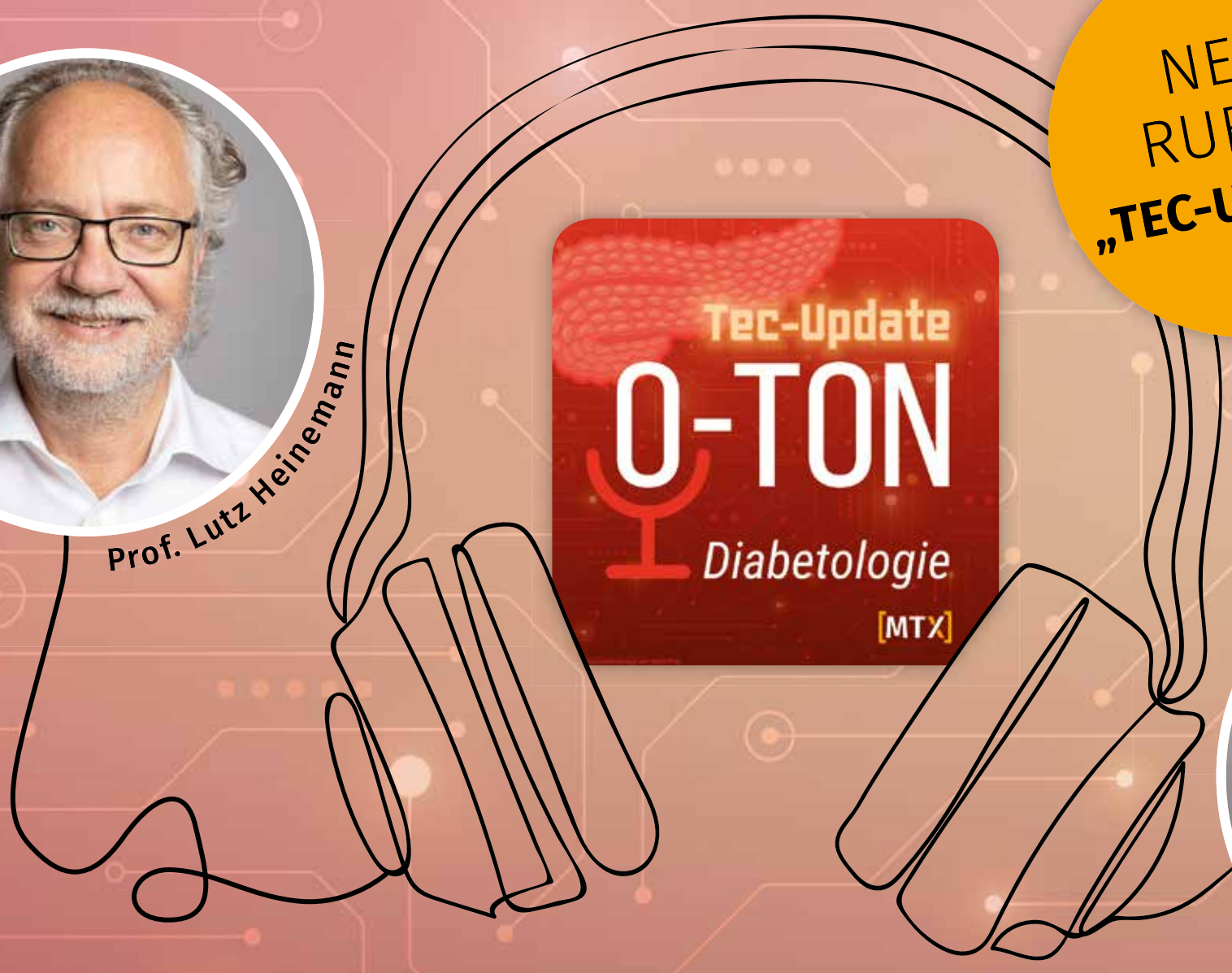
13.-16. Mai 2026 · CityCube Berlin

NEU

Ihr Technologie-Update für den Diabetologie-Durchblick

im Podcast für Expert:innen

Prof. Lutz Heinemann



NEUE RUBRIK **„TEC-UPDATE“!**

Prof. Bernd Kulzer

Fotos: prat – stock.adobe.com, SmartArtStudio – stock.adobe.com

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

Jetzt reinhören und abonnieren!

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

MedTriX Group
we care for media solutions

Medizin & Markt

Foto: iStock/AzmanJaka

Drei Experten, drei Perspektiven

Tirzepatid aus metabolischer, kardiologischer und nephrologischer Sicht

Industriesymposium – Lilly

MANNHEIM. Die SURPASS-CVOT-Studie untersuchte die kardiovaskulären Effekte des dualen Inkretinagonisten Tirzepatid (Mounjaro) im Vergleich zum aktiven Komparator Dulaglutid. An der internationalen Phase-3-Studie nahmen über 13.000 Menschen mit Typ-2-Diabetes und atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung über vier Jahre teil.

Professor Dr. Stephan Jacob, Villingen-Schwenningen, präsentierte die metabolischen Ergebnisse: „Wir haben eine stärkere Reduktion des HbA_{1c} gesehen, wir haben eine bessere Reduktion des Körpergewichts gesehen." Konkret dokumentierte die Studie eine HbA_{1c}-Senkung um 1,7 % unter Tirzepatid versus 0,9 % unter Dulaglutid sowie eine Gewichtsreduktion von 12,1 % bzw. 5,0 % mit „wunderschöner Persistenz über die Jahre". Diese Wirksamkeit war in der Subgruppe, die SGLT2-Inhibitoren anwendete, unverändert, was auf additive Effekte der Wirkstoffgruppen hindeutet. Professorin Dr. Katharina Marx-Schütt, Aachen, betrachtete die kardiologische Relevanz der Studienergebnisse: „Wir haben bei den Patienten (…) in der SURPASS-CVOT-Studie gesehen, dass Tirzepatid vergleichbar war mit Dulaglutid, also Nicht-Unterlegenheit gezeigt hat in Bezug auf den primären kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod, Myokardinfarkt und Schlaganfall. Überlegenheit konnte hier nicht gezeigt werden." Ergänzend verwies sie auf die SUMMIT-Studie, die unter Tirzepatid bei adipösen Patient*innen mit Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) eine 38%ige Risikoreduktion der kardiovaskulären Endpunkte zeigte.

Vielversprechend sind auch die renalen Effekte bei einer definierten Hochrisikogruppe mit chronischer Nierenerkrankung. Hier zeigten sich ein verlangsamter Abfall der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) sowie eine Abnahme der Albuminurie. Professor Dr. Michael Koziolek, Göttingen, machte deutlich: „Die Studiendaten von Tirzepatid sind wirklich sehr, sehr hoffnungsvoll."

Janina Seiffert

Wie Inkretine das Herz erobern – neueste Evidenz im Fokus, Diabetes Herbsttagung 2025

Gute Perspektiven bietet der duale Inkretinagonist Tirzepatid.
Foto: Theerawat – stock.adobe.com

Wandel in der Versorgung

CGM in der Therapie des Typ-2-Diabetes

Fachpressegespräch – Abbott

MANNHEIM. Kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) etabliert sich in der Diabetesversorgung zunehmend über die intensivierte Insulintherapie (ICT) bei Typ-1-Diabetes hinaus. „Das kontinuierliche Glukosemonitoring ist die bedeutendste Entwicklung in der Diabetologie der letzten Jahre", betonte Dr. Jens Kröger, Diabetologe und Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Die Evidenz für CGM bei Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) mit und ohne Insulintherapie nimmt zu, wie Dr. Kröger darstellte. Studiendaten zeigen eine signifikante Reduktion der Gesamt- sowie diabetesassoziierter Hospitalisierungen. Selbst bei Therapie mit hochpotenten GLP1-Rezeptoragonisten kann CGM zu einer zusätzlichen HbA_{1c}-Senkung führen. Die Kombination von CGM mit personalisierten Empfehlungen einer künstlichen Intelligenz senkte sowohl den HbA_{1c}-Wert als auch das Gewicht – und damit das Risiko für diabetesbedingte Erkrankungen und Tod. Außerdem konnte die Zahl der Antidiabetika im Schnitt von drei Medikamenten auf eines reduziert werden.

Seit diesem Jahr empfiehlt die American Diabetes Association (ADA) allen Menschen mit Diabetes ein CGM-System, die eine Insulintherapie jeglicher Art anwenden und ebenfalls Menschen mit T2D, die mit Antidiabetika ihre Ziele nicht erreichen. Auch ein periodischer Einsatz von CGM kann dabei laut ADA zielführend sein.

Die neue AGP-Fibel soll Diabetesexpert*innen dabei unterstützen, das ambulante Glukoseprofil (AGP) aus CGM-Daten strukturiert auszuwerten. Sie führt neue Glukosemetriken wie TING (Time in Normal Glucose) ein und berücksichtigt anhand neuer Patientenbeispiele erstmals CGM bei Prädiabetes, Typ-2-Diabetes ohne Insulintherapie und Gestationsdiabetes. „Die Möglichkeiten sind groß, Menschen individualisiert mitzunehmen", resümierte Dr. Kröger. *Janina Seiffert*

Diabetesmanagement neu denken: erweiterte Versorgung von Menschen mit Diabetes, Diabetes Herbsttagung 2025

Evidenz für Organschutz bei Typ-2-Diabetes

Studien belegen Schutz von Herz und Nieren durch Semaglutid

Fachpresse-Event – Novo Nordisk Pharma

MAINZ. Semaglutid zeigt über HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion hinaus klinischen Zusatznutzen: Studien belegen kardiovaskuläre und renale Vorteile bei Typ-2-Diabetes und Adipositas.

Der GLP1-Rezeptoragonist (GLP1-RA) Semaglutid (Ozempic, Wegovy) ist für die Indikationen Adipositas und Typ-2-Diabetes zugelassen und in Leitlinien verankert. Zentral ist der organprotektive Zusatznutzen, der sich in mehreren Studien zeigte: In SUSTAIN-6 senkte Semaglutid 1,0 mg das Drei-Punkt-MACE signifikant um 26 % (vs. Placebo, Add-on zur Standardtherapie). Bei Menschen mit Diabetes und chronischer Nierenerkrankung reduzierte es in der FLOW-Studie schwere Nierenereignisse um 24 % und verlangsamte den eGFR-Rückgang; zudem ging das MACE-Risiko um 18 % zurück. In der SELECT-Studie zeigte sich bei Adipositas mit Semaglutid 2,4 mg eine MACE-Reduktion (mit erster statistischer Signifikanz bereits nach 20 Tagen). Und in STEP-HFpEF wurden Symptome und Leistungsfähigkeit verbessert. Real-World-Daten untermauern die Breite des Nutzens: GLP1-RA, überwiegend Semaglutid, waren mit geringeren Risiken für 42 diabetesassoziierte Erkrankungen assoziiert; die Kombination GLP1-RA plus SGLT2-Inhibitor senkte MACE gegenüber SGLT2-Monotherapie um 29 %.

»Semaglutid trägt zum Schutz verschiedener Organe bei«

Die Referierenden betonten die Praxisrelevanz dieser Ergebnisse. Professor Dr. Thomas Ebert (Leipzig): „Die wissenschaftliche Evidenz für Semaglutid ist für mich beeindruckend. Die Daten zeigen uns mit wachsender Deutlichkeit, wie Semaglutid einen zusätzlichen Beitrag zum Schutz von Organen wie Herz und Nieren leisten kann." Dr. Marcel Kaiser (Frankfurt a. M.) hob die frühzeitige Therapieplatzierung hervor, „um das Risiko für langfristige mikro- und makrovaskuläre Komplikationen zu verringern." Für die Adipositas-Behandlung verwies Dr. Ruth Hanssen (Köln) auf den patientenzentrierten Ansatz der S3-Leitlinie und die Geschwindigkeit der kardialen Auswirkungen in SELECT, die zeigen, dass „die positiven Effekte von Semaglutid über das reine Gewichtsmanagement hinausgehen."

Gregor Hess

Semaglutid: Ein Wirkstoff, zwei Erkrankungen, vielfältige Vorteile – evidenzbasiert, online

Proaktives Selbstmanagement

Prädiktives CGM-System kann diabetesbezogene Belastungen reduzieren

Industriesymposium – Roche Diagnostics Deutschland

MANNHEIM. „Warum ist denn CGM so bedeutsam für Menschen mit Diabetes und warum bringt die Prädiktion einen Mehrwert?" – diese Frage stand ganz am Anfang der Ausführungen von Professor Dr. Bernhard Kulzer, Bad Mergentheim.

Er machte klar, welchen Anforderungen Menschen mit Diabetes täglich gerecht werden müssen – allen voran ist das die konsequente Umsetzung der Diabetestherapie. Zwei Drittel der Betroffenen fühlen sich durch den Diabetes belastet (Diabetes Disstress), dadurch ist ihr Risiko für psychische Störungen erhöht. Können moderne Technologien dazu beitragen, diabetesbezogene Belastungen zu reduzieren? Ja, sagt Prof. Kulzer, Diabetestechnologie kann dafür eine „gute, gute Möglichkeit" sein. Wie ist es nun, wenn ein CGM-System auch die Möglichkeit der Prädiktion bietet? In der Umfrage zum Digitalisierungs- und Technologie-Report (dt-Report) 2025 wünschten sich 48,9 % der befragten Menschen mit Diabetes von einem CGM-System die vorausschauende Warnung vor Unterzuckerungen. „Diese Voraussage niedriger Glukosewerte ist ein ganz, ganz großer Vorteil von Accu-Chek SmartGuide", so Prof. Kulzer, denn so bekomme man z. B. für die Nacht – die Zeit, in der Menschen mit Diabetes die größte Angst vor Unterzuckerungen haben – das Unterzuckerungsrisiko angezeigt und kann präventiv aktiv werden. So werde letztlich die Selbstwirksamkeit gesteigert, man habe weniger das Gefühl, vom Diabetes gesteuert zu werden.

Diabetologin Dr. Kerstin König, Senden, nannte als Potenzial von prädiktiven Technologien die Reduzierung von Angstgefühlen und Stress, ausgelöst durch unerwartete Hyper- oder Hypoglykämien, die Möglichkeit des proaktiven Selbstmanagements, die Reduzierung von Schlafstörungen (indem die besonders herausfordernden nächtlichen Alarme verhindert werden) und die Reduzierung der Alarmermüdung (Alarm-Fatigue), weil sich die Alarmfrequenz verringert. *Nicole Finkenauer*

Ein prädiktives CGM: Einfach vorbereitet sein, Diabetes Herbsttagung 2025

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

MEDICAL REPORT

Kardialen Risiken bei Typ-2-Diabetes effektiv begegnen

Neue Daten der SURPASS-CVOT belegen kardiovaskulären Nutzen von Tirzepatid

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache bei Menschen mit Typ-2-Diabetes. Mit einer frühzeitigen Therapie, die neben Glukosekontrolle und Gewichtsabnahme auch den Schutz vor schweren Ereignissen adressiert, lassen sich diese Risiken reduzieren. Die Ergebnisse der Studie SURPASS-CVOT zeigen, dass der duale GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist Tirzepatid bei Typ-2-Diabetes mit kardiovaskulären Begleiterkrankungen[a] mindestens ebenso effektiv ist wie der GLP-1-Rezeptor-Agonist Dulaglutid – bei gleichzeitig guten Effekten auf HbA_{1c} und Körpergewicht.[1]

Die Reduktion des kardiovaskulären Risikos ist im klinischen Alltag eine zentrale Herausforderung in der Behandlung des Typ-2-Diabetes. Denn Menschen mit Typ-2-Diabetes verlieren im Durchschnitt bis zu sechs Lebensjahre, bei kardiovaskulären Komplikationen verringert sich die Lebenserwartung sogar um mehr als elf Jahre. Neben der Blutzuckerkontrolle sind daher auch Gewichtsmanagement und die Reduktion metabolischer Risikofaktoren entscheidend, um Folgekomplikationen zu vermeiden.

Übersterblichkeit reduzieren

Professor Dr. Monika Kellerer vom Marienhospital Stuttgart fasst die Anforderungen an eine moderne Therapie des Typ-2-Diabetes so zusammen: „Die Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes fokussiert sich heute nicht mehr nur auf die Verbesserung des HbA_{1c}-Werts – unser Ziel ist es, die Übersterblichkeit zu senken, die maßgeblich auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen ist.“

Tirzepatid (Mounjaro®)[b,2] ist ein Medikament, das sich unter anderem durch sein kardioprotektives Potenzial auszeichnet. Das Inkretinmimetikum mit dualer Wirkweise aktiviert nicht nur die Rezeptoren von Glucagon-like Peptide 1 (GLP-1), sondern auch die von glukoseabhängigem insulinotropem Peptid (GIP). Die Substanz hat in den bisher publizierten Studien des SURPASS-Programms bereits eine überlegene HbA_{1c}-Senkung und Gewichtsreduktion[b] gegenüber dem reinen GLP-1-Agonisten Semaglutid gezeigt.[2] Nun liegen auch die Ergebnisse der Studie SURPASS-CVOT[1] vor.

Head-to-Head-Vergleich mit aktivem Komparator

Bei SURPASS-CVOT handelt es sich um die bislang einzige kardiovaskuläre Endpunktstudie, die einen direkten Vergleich zwischen zwei aktiven Wirkstoffen aus der Klasse der Inkretinmimetika vornimmt. In die Phase-III-Studie eingeschlossen wurden über 13.000 Patient:innen mit Typ-2-Diabetes und manifester atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung (ASCVD). Tirzepatid wurde wöchentlich in maximal tolerierter Dosis (MTD) bis 15 mg appliziert und mit Dulaglutid (Trulicity®)[3] verglichen, einer Substanz, die in der REWIND-Studie bereits einen signifikanten kardiovaskulären Nutzen gezeigt hatte.[4]

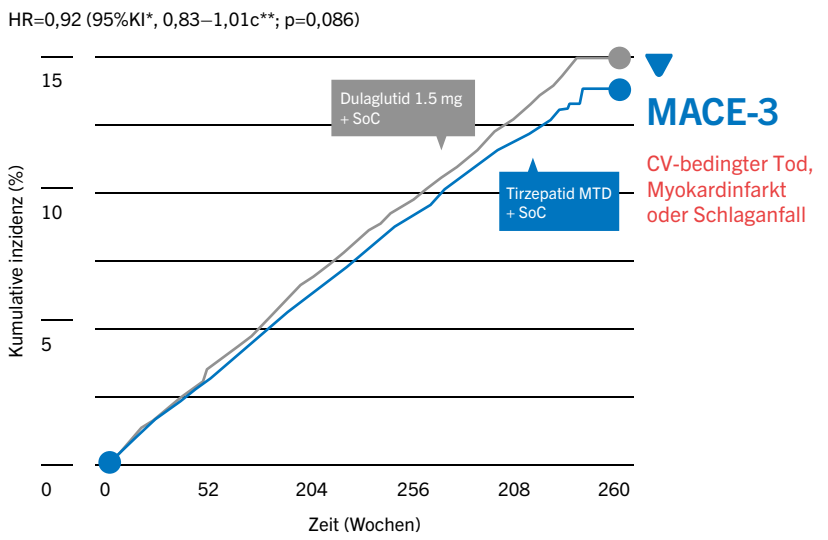
Weniger MACE-3 und reduzierte Gesamtmortalität

Primärer Endpunkt war die Zeit bis zum ersten Auftreten eines schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignisses (kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall, MACE-3). Unter Tirzepatid (MTD) zeigte sich ein numerisch um 8% verringertes MACE-3-Risiko (Abb. 1).[c,d] Darüber hinaus war die Gesamtmortalität unter Tirzepatid um 16 % niedriger. Außerdem führte Tirzepatid im Vergleich zu Dulaglutid zu einer stärkeren Verbesserung der kardiovaskulären Biomarker, einschließlich der Triglyceridspiegel und des systolischen Blutdrucks.[1]

Auch hinsichtlich der metabolischen Parameter bestätigte sich das starke Wirkprofil des GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten. So veränderte sich der mittlere HbA_{1c}-Wert in der Tirzpatid-Gruppe binnen 36 Monaten um -1,7 Prozentpunkte gegenüber dem Ausgangswert (Dulaglutid: -0,9 Prozentpunkte). Das Körpergewicht der Teilnehmenden in der Tirzepatid-Gruppe sank im selben Zeitraum um durchschnittlich 12,1 kg (Dulaglutid: 5,0 kg).

Von besonderer klinischer Bedeutung sind auch die Beobachtungen zum renalen Verlauf, die ein höheres renoprotektives Potenzial von Tirzepatid anzeigen. In einer Subgruppe von Menschen mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung[f] mit hohem oder sehr hohem Risiko zeigte sich unter Tirzepatid eine signifikant langsamere Abnahme der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR; Abb. 2).[g] Trotz der starken Wirkung der Substanz entsprach das Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil von Tirzepatid in SURPASS-CVOT dem von Inkretintherapien bekannten Muster.[2]

MACE-3-Risiko unter Tirzepatid numerisch um 8% reduziert



* 95,3% KI aufgrund der Anpassung der Typ-1-Fehlerrate für die Zwischenanalyse der Wirksamkeit
** Grenzwert für die statistische Signifikanz der Nicht-Unterlegenheit < 1,05
HR = Hazard Rate/Schadensrate; KI= Konfidenzintervall; MACE = schweres unerwünschtes kardiovaskuläres Ereignis; MTD = maximal tolerierte Dosis

Quelle: mod. nach 1 MT-Grafik

Abb. 1: Verringerung des Risikos eines MACE-3-Ereignisses im Vergleich zu Dulaglutid.[e]

Die Studie SURPASS-CVOT kurz und knapp

Erhalten Sie einen Überblick über die Meilenstein-Studie SURPASS-CVOT: Scannen Sie einfach den QR-Code, um eine kompakte Zusammenfassung des Studiendesigns, der Patientencharakteristika und der wichtigsten Ergebnisse der bislang größten und längsten Studie zu Tirzepatid zu erhalten.

Fazit für die Praxis

Tirzepatid verbindet eine ausgeprägte HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion mit einem belegten Nutzen für die kardiovaskuläre und Hinweisen auf positive Beeinflussung der renalen Gesundheit. Die Ergebnisse der SURPASS-CVOT bestätigen das Potenzial des dualen GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten für eine verbesserte Prognose bei Menschen mit Typ-2-Diabetes – sowohl hinsichtlich der Stoffwechselkontrolle als auch der Lebenszeit.

a Bestehende atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankung, einschließlich mind. 1 der folgenden Erkrankungen: Koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Erkrankung oder periphere arterielle Verschlusskrankheit (jeweils gemäß Protokolldefinition).

b Mounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin kontraindiziert oder nicht verträglich ist, oder in Kombination mit anderen Antidiabetika. Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.[2] Tirzepatid ist nicht zugelassen zur Reduktion des Risikos kardiovaskulärer Ereignisse.

c 95,3%-KI aufgrund der Fehlerrate vom Typ 1, bereinigt um Zwischenanalyse der Wirksamkeit.

d Analyse der Zeit bis zum ersten Ereignis unter Verwendung des Cox-Proportional-Hazard-Modells.

e Nicht kontrolliert für multiplizitäts-adjustierte Typ-1-Fehlerrate.

f Daten werden für 1.520 Patienten in der Tirzepatid-Gruppe und 1.403 Patienten in der Dulaglutid-Gruppe mit chronischer Nierenerkrankung mit hohem oder sehr hohem Risiko gemäß KDIGO 2024 dargestellt. Diese Definition umfasst: eine eGFR von 60 ml pro Minute pro 1,73 m2 Körperoberfläche oder höher und ein Albumin-Kreatinin-Verhältnis im Urin von über 300, eine eGFR von 45 bis weniger als 60 ml pro Minute pro 1,73 m2 und ein Albumin-Kreatinin-Verhältnis im Urin von über 30 oder eine eGFR von weniger als 45 ml pro Minute pro 1,73 m2 zu Studienbeginn.[1,5]

g Prozentsatz berechnet auf Grundlage der mITT-Population. mITT=Intention-to-treat modifiziert.

1. Nicholls S et al. N Engl J Med 2025; 393: 2409-2420
2. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand. https://www.fachinfo.de/fi/pdf/020484
3. Fachinformation Trulicity®, aktueller Stand
4. Gerstein HC et al. Lancet 2019; S0140-6736(19)31149-3
5. KDIGO. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024; 105(4S): S117-S314

Pflichttext

Verbesserung der Nierenfunktion

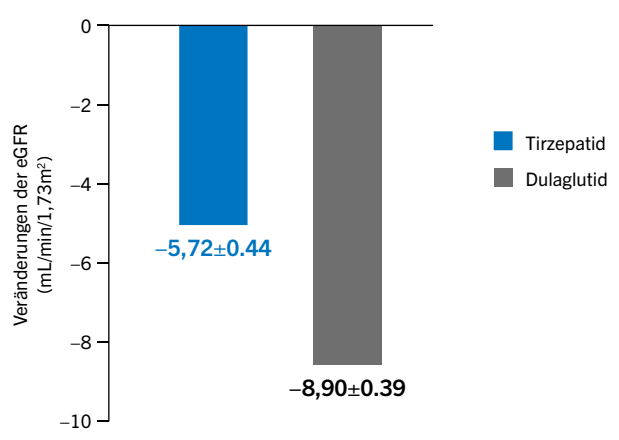


Abb. 2: Sekundärer Endpunkt / kardio-renale Effekte von Tirzepatid.

Klinische Relevanz der SURPASS-CVOT-Studie – eine Einordnung von Prof. Monika Kellerer, Marienhospital Stuttgart

? Was macht die Studie SURPASS-CVOT aus?

Prof. Kellerer: Das besondere an der SURPASS-CVOT-Studie ist, dass sie als erste Studie zum CV-Outcome eines Inkretinmimetikum nicht gegen Placebo oder Standard-of-Care, sondern einen aktiven Komparator, nämlich Dulaglutid, getestet wurde. Die SURPASS-CVOT-Studie wird wegweisend für zukünftige Studien mit Inkretinmimetika sein.

? Wie schätzen Sie die Bedeutung der Studienergebnisse für die tägliche Praxis ein?

Prof. Kellerer: Für mich ist der kardiovaskuläre Schutz durch den dualen GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten Tirzepatid deutlich belegt. In der Praxis überzeugen mich aber vor allem die gute Wirkung auf den HbA_{1c}-Wert, die Gewichtsreduktion und metabolische Parameter sowie die guten Nierendaten.

Prof. Monika Kellerer
Marienhospital Stuttgart
Foto: © DDG/Dirk Deckbar

CMAT 09531 Januar 2026

IMPRESSUM • Idee und Konzeption: Inter Medical Sonderpublikationen • **Redaktion:** Antje Thiel • **Corporate Publishing:** Lena Feil • Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH • **diabetes zeitung** 1/2026 – 49015 • **Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt dieser Seite.**

Anerkannte Exzellenz

Durch das DDG Zertifikat wird herausragendes Niveau sichtbar

DIABETES EXZELLENZ ZENTRUM DDG
Premiumzertifikat für höchste Ansprüche an die Versorgung

MÜNCHEN. Seit 2025 zählt die Kinderdiabetologie des Klinikums Dritter Orden München-Nymphenburg zu den DDG Exzellenzzentren. Damit werden die höchsten fachlichen Standards in Diagnostik und Therapie sowie in der strukturierten Schulung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfüllt.

Von links nach rechts: Dr. Diemud Simm, Dr. Vincenzo Leone, Dr. Melanie Heinrich-Lassi, Bettina Gräßer, Anja Baron, Dr. Christina Huppertz-Kessler, Sarah Obst, Nadine Ferrero-Liepelt, Dr. Silke Schmidt (Sektionsleitung), Hannah Schäffer, Dr. Manuela Rausch, Ben Kujawa, Katharina Mahr, Sabrina Weiss, Dr. Lisa Hürter, Dominique Hübner, Anne Rieß. Foto: Klinikum Dritter Orden

Die Kinderdiabetologie des Klinikums Dritter Orden führt seit 2017 den Titel „Diabeteszentrum DDG". Seither hat die stationäre Behandlungseinrichtung mit Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit Diabetes kontinuierlich darauf hingearbeitet, ihre Versorgungsqualität weiter zu steigern. „Der Schritt zum Exzellenzzentrum im Bereich der Pädiatrie war für uns eine logische Weiterentwicklung. Antrieb hierfür war auch, dass wir im Jahr 2024 erneut anhand einer Patientenbefragung von Diabeteskids.de als ausgezeichnete Klinik für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1 in Deutschland bewertet wurden", sagt Diabetesberaterin Sarah Obst. Ziel war es, das Engagement für eine leitliniengerechte, qualitätsgesicherte und patientenorientierte Versorgung sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Betreuung noch sichtbarer zu machen, indem z. B. bestehende Qualitätsmanagement-Standards weiter systematisiert und transparenter abgebildet wurden. „Die DDG Zertifizierung ist für uns ein Qualitätsversprechen gegenüber unseren Patient*innen, aber auch ein Ansporn, uns fachlich ständig weiterzuentwickeln", versichert Obst.
Die Versorgung in der Kinderdiabetologie ist interdisziplinär breit aufgestellt. Für die Bereuung der jungen Patient*innen und ihrer Familien stehen sieben Ärzt*innen sowie sechs Ernährungs- und Diabetesberaterinnen zur Verfügung, die eng mit dem multidisziplinären Team des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) der Klinik zusammenarbeiten. Neben medizinischen Fachkräften arbeiten am SPZ auch Psycholog*innen, Sozialberater*innen und eine Lehrkraft für die „Schule für Kranke".

Familien ganzheitlich begleiten, bis hin zur Transition

„Unser Anspruch ist es, Familien ganzheitlich zu begleiten, von der Manifestation über die Alltagsbewältigung bis hin zur Transition in die Erwachsenenmedizin. Dabei unterstützen wir nicht nur medizinisch, sondern auch sozial, schulisch und emotional", erläutert Pädiaterin und Kinderdiabetologin Dr. Silke Schmidt, Leiterin der Sektion Kinderendokrinologie, -diabetologie und -nephrologie, das Konzept.
Die ambulante Versorgung erfolgt im SPZ. Dort werden die Kinder und Jugendlichen stets gemeinsam durch einen Arzt/eine Ärztin und eine Diabetes- oder Ernährungsberaterin betreut, um eine möglichst vollumfängliche Versorgung und Schulung zu ermöglichen. Kern des stationären Angebots sind individuell angepasste Therapieformen einschließlich theoretischer und praktischer Einzelschulungen. „So können wir die Familien optimal darauf vorbereiten, die Erkrankung in ihren Alltag zu integrieren und die Therapie sicher und selbstständig zu meistern", sagt Obst.
„Moderne Therapieformen wie die sensorunterstützte Insulinpumpentherapie mit automatisierter Insulingabe sind uns besonders wichtig, da sie eine deutliche Therapieverbesserung und Entlastung für die Familien darstellen", sagt Dr. Schmidt. „Rund 95 % unserer Patient*innen nutzen solche Systeme zur automatisierten Insulindosierung, bei den unter Sechsjährigen sind es sogar 100 %."

> »Die DDG Zertifizierung: Qualitätsversprechen und Ansporn zur Weiterentwicklung«

Einmal in der Woche: interdisziplinäre Besprechung

Wöchentlich findet eine große interdisziplinäre Teambesprechung statt. Das Diabetes-Team arbeitet Hand in Hand mit verschiedenen pädiatrischen Fachbereichen wie Gastroenterologie, Nephrologie, Endokrinologie oder Neuropädiatrie.
Eine 24-Stunden-Rufbereitschaft gewährleistet eine Rundum-Betreuung. Auf Wunsch ist auch eine telemedizinische Sprechstunde möglich, falls Patient*innen beispielsweise zwischen den Ambulanzterminen Unterstützung bei Therapieanpassungen benötigen. Auch steht das Team der Kinderklinik mit den niedergelassenen Ärzt*innen, die die Kinder und Jugendlichen betreuen, in einem engen Kontakt.
„Besondere Highlights sind unsere zweimal jährlich stattfindenden Diabetes-Camps am Chiemsee für Zehn- bis Zwölf- und Vierzehn- bis Sechzehnjährige. Die Camps verbinden Schulung, Erlebnis und Gruppengefühl auf eine Weise, wie es im Alltag kaum möglich ist", erklärt Obst. *Petra Spielberg*

STECKBRIEF

- **Ort:** München-Nymphenburg
- **Ansiedlung der Kinderdiabetologie:** Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- **Patient*innen pro Quartal:** ca. 290 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre
- **Diabetes-Team:** 7 Ärzt*innen, 5 Ernährungsberaterinnen, davon 3 Diabetesberaterinnen, 1 Diabetesberaterin im stationären Bereich, 4 MFA/MTA, 1 Lehrkraft für die „Schule für Kranke", 1 Sozialpädagogin, 2 Psycholog*innen

Partizipation nur auf dem Papier?

Kinder und Jugendliche werden zu selten in medizinische Entscheidungen einbezogen

MÜNCHEN. Kinder und Jugendliche haben formal das Recht, an medizinischen Entscheidungen mitzuwirken, doch wie der Kindergesundheitsbericht 2025 der Stiftung Kindergesundheit zeigt, werden junge Patient*innen im Gesundheitsalltag häufig nicht ausreichend beteiligt.

Eine repräsentative forsa-Umfrage im Auftrag der Stiftung belegt, dass Partizipation zwar gewünscht ist, in der Praxis aber zum Teil scheitert – etwa an Zeitmangel, unklaren Prozessen oder fehlender Aufklärung. Die Umfrageergebnisse zeigen auch: Partizipation ist möglich, aber noch kein Standard. Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen kennt den Grund ihres Arztbesuchs, wird über Untersuchungen und Behandlungen informiert und fühlt sich ernst genommen. Doch echte und umfassende Mitbestimmung ist noch nicht selbstverständlich: Rund 30 % der Befragten gaben an, bei ihrem letzten Arztbesuch nur „wenig" oder „eher wenig" mitentscheiden zu können. Besonders auffällig: Mehr als die Hälfte dieser Gruppe äußert den Wunsch nach mehr Mitspracherecht.
Durch Partizipation entwickeln Kinder und Jugendliche ein stärkeres Gefühl von Selbstwirksamkeit, lernen gesundheitsbezogene Entscheidungen zu verstehen und mitzutragen. So erwerben sie frühzeitig zentrale Gesundheitskompetenzen. Eine kindzentrierte Versorgung führt zu mehr Zufriedenheit und einer höheren Versorgungsqualität. „Partizipation ist weit mehr als ein formales Recht", betont Professor Dr. Berthold Koletzko, Kinder- und Jugendarzt sowie Vorstand der Stiftung Kindergesundheit. „Wenn Kinder und Jugendliche ernst genommen werden und mitentscheiden können, baut das Ängste ab, stärkt ihr Vertrauen in das medizinische Personal und verbessert die Adhärenz – mit spürbar positiven Auswirkungen auf den Behandlungserfolg."
Die Stiftung Kindergesundheit ruft Politik, Gesundheitsberufe und Versorgungseinrichtungen auf, ihre Strukturen, Abläufe und Kommunikationsformen zu überprüfen und die Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Gesundheitsversorgung darin verbindlich zu verankern. *Stiftung Kindergesundheit/Red.*

Der Kindergesundheitsbericht 2025

Der „Kindergesundheitsbericht 2025 – Fokus: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen" der Stiftung Kindergesundheit in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) beleuchtet verschiedene Bereiche der pädiatrischen Versorgung – darunter auch die Teilhabe von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und die Transition. Neue Daten einer forsa-Umfrage zum Thema „Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Gesundheitsversorgung" runden den Bericht ab. Ziel ist es, eine Informationsgrundlage für die gesundheitspolitische Diskussion zu schaffen und gleichzeitig konkrete Handlungsempfehlungen zu geben.

Kindergesundheitsbericht 2025 :
kindergesundheit.de/Die-Stiftung/Kindergesundheitsberichte/Kindergesundheitsbericht_2025.php

Neu- oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 23.11.2025 bis 13.01.2026)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Mariana Gärtner & Dipl. med. Heike Müller	07747 Jena	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
PLZ 1		
DIR – Schwerpunktpraxis Diabetes & Rheuma Wilmersdorf	10713 Berlin	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
DIR – Schwerpunktpraxis Diabetes & Rheuma Wilmersdorf	10713 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes Team Berlin	13086 Berlin	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Dr. Claudia von Bielinski	13189 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
MVZ am Bahnhof Spandau, Diabetologie	13597 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci	14471 Potsdam	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 3		
Zentrum für Diabetes, Nieren- und Hochdruckkrankheiten MVZ GmbH	33602 Bielefeld	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Franziskus Hospital Bielefeld	33615 Bielefeld	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Krankenhaus Eichhof, Innere Abteilung – Gastroenterologie/Diabetologie	36341 Lauterbach	Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Bad Lauterberg	37431 Bad Lauterberg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 4		
Diabeteszentrum Dortmund Dres. K u. Ch. Busch	44137 Dortmund	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ariane Sellmann	45468 Mülheim	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 5		
Diabetologie am Schloss, Diabetologische Schwerpunktpraxis	50321 Brühl	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Sigrid Hermes & KollegInnen, Diabetologische Schwerpunktpraxis	50674 Köln	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Praxis Dr. med. M. Puschmann	51645 Gummersbach	Diabetes Exzellenzzentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & SCHWANGERSCHAFT DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Diabetesambulanz	53113 Bonn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxiszentrum Voerder Straße 14	58256 Ennepetal	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Marienkrankenhaus Soest, Diabetologie und Angiologie	59494 Soest	Diabeteszentrum DDG
PLZ 6		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. C. Sommer/Dr. A. Milnik	63739 Aschaffenburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diakonie Klinikum Neunkirchen, Innere Medizin, Diabetologie	66538 Neunkirchen	Diabeteszentrum DDG
PLZ 7		
GRN-Klinik Sinsheim	74889 Sinsheim	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Krankenhaus Stockach	78333 Stockach	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Schwerpunktpraxis Diabetologie und Kardiologie Dres. Schimpf	78467 Konstanz	Diabeteszentrum DDG ZUSATZKOMPETENZ DIABETES & FUSS DDG
Luxemburg		
Hôpitaux Robert Schuman Hôpital Kirchberg	L-2540 Luxembourg	Klinik mit Diabetes im Blick DDG

diabetes zeitung NEU digital

Neues Angebot – digital direkt Dokumente, Videos und Links nutzen

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

Kürzlich ist ein neues Angebot gestartet, und zwar eine um viele Möglichkeiten erweiterte digitale Ausgabe Ihrer diabetes zeitung. DDG Mitglieder 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.
- an Umfragen teilnehmen.
- Bildergalerien anschauen und so z. B. noch mehr in die Atmosphäre einer Veranstaltung eintauchen.
- in der Job- & Praxenbörse und bei den Weiterbildungsangeboten der DDG über Mail ohne Zwischenschritt mit der Kontaktperson in Verbindung treten.
- von der Titelseite ohne Zwischenschritt zu den angekündigten Artikeln springen.

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

Kontakt zur Redaktion

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

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

Samaneh Kever, Bornheim – **Natasha Chkripeska,** Bayreuth
Dr. Susen Reichardt, Dresden – **Dr. Daniel Schöneis,** Bielefeld
Astrid Hellrung, Wendelstein – **Dr. Herisa Thanasi,** Lustadt
Markus Hemmel, Neumarkt

Viel Erfolg auch der neuen Fachpsychologin DDG!

Dipl.-Psych. Katharina Wink, Offenburg

Orientierungsvideo zur Diabetesedukation DDG

Umfassende Information

Sie möchten sich zur Diabetesassistent*in DDG oder zur Diabetesberater*in DDG weiterbilden und haben Fragen zur Diabetesedukation DDG oder zu den Prüfungs- und Transferleistungen, die im Rahmen der Weiterbildung auf Sie zukommen?
Dann schauen Sie sich gerne unser neues Orientierungsvideo zur Diabetesedukation DDG an und informieren Sie sich umfassend und fundiert über die Möglichkeiten der Weiterbildung.

Kurzversion unter ddg.info/diabetesedukation; Langversion mit ausführlichen Informationen auf dem Youtube-Kanal „Deutsche Diabetes Gesellschaft“ oder über den QR-Code.

JETZT INFORMIEREN!

DER DIABETES MEINER PATIENTEN?

IM GRÜNEN BEREICH

durch effektives Diabetesmanagement mit Dexcom G7*[1,2,3]

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

Dexcom G7

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

* Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Dexcom CGM-Generation erzielt. Aufgrund vergleichbarer oder besserer Leistung, Produkteigenschaften und Benutzerfreundlichkeit sind mit Dexcom G7 ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe Benutzerhandbuch Dexcom G7 | **1** Welsh JB, et al. Comparisons of Fifth-, Sixth-, and Seventh-Generation Continuous Glucose Monitoring Systems. J Diabetes Sci Technol. 2024;18(1):143-147. | **2** Lind M, et al. Sustained Intensive Treatment and Long-term Eff ects 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** Puhr 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 Glukosedaten eines Patienten nur einsehen, wenn der Patient sich entscheidet, diese über Dexcom Clarity mit ihnen zu teilen. Medizinische Einrichtungen können sich für Dexcom Clarity unter clarity.dexcom.com/professional/registration registrieren I **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. © 2026 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | Tel.: +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MAT-6974 REV001 DE-de / 01.2026 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

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

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!

- **Vorteil für Arbeitgeber:** Mit der Diabetesedukation DDG bilden Sie Ihre Mitarbeitenden für Klinik, Praxis und auch Reha-Einrichtungen aus.
- **Vorteil für Kursteilnehmende:** Das modulare Konzept gibt Ihnen die Möglichkeit, den Abschluss Diabetesassistent*in DDG auf dem Weg zur Diabetesberater*in zusätzlich zu erwerben.
- Sie interessieren sich für die Diabetesedukation und haben Fragen? Kommen Sie zur Infoveranstaltung **Fit für die Diabetesedukation** – Expert*innen stehen Rede und Antwort! Für nähere Informationen: QR-Code scannen oder Link nutzen.

www.ddg.info/diabetesedukation

NEU Sie sind Diabetesberaterin DDG und möchten sich für Ihre Berufsgruppe engagieren? Bewerben Sie sich für das neue Mentoringprogramm der DDG für Kurse der Diabetesedukation! Informieren Sie sich bei Ihrer Weiterbildungsstätte oder in der DDG Geschäftsstelle und erwerben sie dafür Fortbildungspunkte des VDBD!

www.ddg.info/diabetesedukation/mentoring-programm-ddg

Diabetesedukation DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Freie Plätze für Aufbauqualifikation*		
Traunstein TR 02	**Diabetes-Akademie Südostbayern** 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Rheine RH 08	**Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 🖷 Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 4: 16.03. – 27.03.2026 Modul 5: 18.05. – 22.05.2026 Modul 6: 20.07. – 31.07.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Regensburg RB 08	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Bad Mergentheim BMH 03	**Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V.** Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ✆ Tel.: 07931/594 165 🖷 Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*in DDG		
Kurs Nr.	**Weiterbildungsort**	**Kurstermine**
Rheine RH 11	**Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 23.02. – 06.03.2026 Modul 2: 07.04. – 17.04.2026 Modul 3: 08.06. – 12.06.2026 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** Modul 4: 03.08. – 14.08.2026 Modul 5: 19.10. – 23.10.2026 Modul 6: 07.12. – 18.12.2026 Modul 7: 09.02. – 19.02.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Hamburg HH 02	**Diabetes-Akademie Nord** 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 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG**
Rheine RH 12	**Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 20.04. – 30.04.2026 Modul 2: 15.06. – 26.06.2026 Modul 3: 17.08. – 21.08.2026 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Jena JE 06	**Diabeteszentrum Thüringen e.V.** Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ✆ Tel.: 03641/93243-46, 🖷 Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 04.05. – 22.05.2026 Modul 2: 07.09. – 18.09.2026 Modul 3: 23.11. – 27.11.2026 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG**
Bochum BO 05	**Augusta Akademie Bochum** 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 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Leipzig LP 03	**Diabeteszentrum Leipzig e.V.** 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 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG**
Regensburg RB 09	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 06.07. – 17.07.2026 Modul 2: 21.09. – 02.10.2026 Modul 3: 16.11. – 20.11.2026 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** Modul 4: 30.11. – 11.12.2026 Modul 5: 11.01. – 22.01.2027 Modul 6: 22.02. – 05.03.2027 Modul 7: 12.04. – 16.04.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Hamburg HH 03	**Diabetes-Akademie Nord** 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Rheine RH 13	**Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 14.09. – 25.09.2026 Modul 2: 09.11. – 20.11.2026 Modul 3: 18.01. – 22.01.2027 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Bochum BO 06	**Augusta Akademie Bochum** 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 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Regensburg RB 10	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 19.10. – 30.10.2026 Modul 2: 23.11. – 04.12.2026 Modul 3: 18.01. – 22.01.2027 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** Modul 4: 31.05. – 11.06.2027 Modul 5: 05.07. – 16.07.2027 Modul 6: 20.09. – 01.10.2027 Modul 7: 29.11. – 03.12.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Rheine RH 14	**Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine** Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ✆ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 02.11. – 13.11.2026 Modul 2: 04.01. – 15.01.2027 Modul 3: 01.03. – 05.03.2027 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG** 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 **→Abschluss Diabetesberater*in DDG**
Traunstein TR 03	**Diabetes-Akademie Südostbayern** 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 **→Abschluss Diabetesassistent*in DDG**

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

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

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

Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BW_13	**Asklepios Klinikum Nordhessen** Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ✆ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	28.04. – 29.04.2026
BaQ BK_08	**ctt-Fortbildungszentrum** 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 RB_14	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	23.09. – 24.09.2026
BaQ_ BW_14	**Asklepios Klinikum Nordhessen** Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ✆ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	28.10. – 29.10.2026
BaQ BK_09	**ctt-Fortbildungszentrum** 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

Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

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

Die Bewerbungsunterlagen sind an die Weiterbildungsstätte zu senden.
Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2

Diabetesversierte Pflege DDG

Das Angebot richtet sich an examinierte Pflegefachkräfte, die ihr Wissen über den Pflegeprozess von Patient*innen mit Diabetes auf den neuesten Stand bringen möchten. Themen: Neues zur medikamentösen Therapie bei Diabetes mellitus, Notfallsituationen bei Diabetes (Hypoglykämie und Ketoazidose), Update Diabetestechnologie. Teilnehmende erfüllen die Anforderungen hinsichtlich der jährlichen Auffrischungsverpflichtung für diabetesversierte Pflegekräfte im Rahmen der Zertifizierung als Klinik mit Diabetes im Blick DDG.

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Online-Auffrischung 02	**DDG Geschäftsstelle** Ansprechpartnerin: Maren Brammer ✆ Tel.: 030/3116937-21 ddg-zertifizierung@ddg.info Kursleiter: Dr. Andreas Vosseler	23.04.2026 8:30 – 12:00 Uhr, via Zoom

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/veranstaltungen/veranstaltungskalender/diabetesversierte-pflege-online-auffrischung-02

Fuß- und Wundassistent*in DDG

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Kurse nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG		
21	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** 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	**CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung** Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Mariensaal, Merheimer Str. 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	**CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung** Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Mariensaal, Merheimer Str. 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	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 13.10. – 15.10.2026 (online) Block 2: 19.10. – 21.10.2026 (Präsenz)
28	**Diabeteszentrum Thüringen e.V.** Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ✆ Tel.: 03641/93243-46, 🖷 Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Block 1: 11.11. – 13.11.2026 (online) Block 2: 18.11. – 20.11.2026 (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

Fit für …

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

- **Klinik mit Diabetes im Blick DDG:**
  18. Februar 2026, 14–15 Uhr:
  us02web.zoom.us/j/81406066689
- **Diabetes Exzellenzzentrum DDG und Zusatzkompetenzen: 22. April 2026, 14–15 Uhr:**
  us02web.zoom.us/j/84008758897

ddg.info/ddg-akademie/fit-fuer-diabetesedukation-und-zertifizierung

Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater*innen mit Berufserfahrung

Diabetesberater*innen können sich über die DDG 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 05	**KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND** **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38 info@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	**KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND** **Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** Ostengasse 27, 93047 Regensburg ✆ Tel.: 0941/5696-22, 🖷 Fax: 0941/5696-38 info@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

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

Orthopädieschuhmacher*in DDG

Die Fortbildung für Orthopädieschuhmachermeister*innen zum Diabetischen Fußsyndrom ist ein Novum. Ziel ist die Optimierung der schuhtechnischen Versorgung im Behandlungsteam mit tiefgreifender Expertise zum Krankheitsbild und den Möglichkeiten des Handwerks.
Bilden Sie sich weiter oder sprechen Sie Ihre*n Kooperationspartner*in für die Schuhversorgung an! Unterstützen Sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Regensburg RB 02	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** 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./19.05.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Fulda FU 04	**IETEC - Akademie** Bahnhofstraße 21, 36037 Fulda ✆ Tel.: 0661380070 sarah.rieger@ietec.de https://ietec.de/Akademie/	Block 1: 15.06. – 18.06.2026 (online) Block 2: 23./24.06.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Regensburg RB 03	**Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.** 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./16.10.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Fulda FU 05	**IETEC - Akademie** Bahnhofstraße 21, 36037 Fulda ✆ Tel.: 0661380070 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

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

Fortsetzung auf Seite 31

Die DDG Job- und Praxenbörse

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

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

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

STELLENANGEBOTE

ÄRZT*INNEN
direkt zu allen Anzeigen für Ärzt*innen

Köln, 06.01.2026
Internist*in (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.04.2026
- **Voraussichtliche Dauer**: befristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: JO20 Praxis
- **Adresse**: Josefstraße 20, 51143 Köln
- **Ansprechpartnerin**: Helena Steffens, 02203/202110, h.steffens@jo20-praxis.de
- **Website**: www.diabetespraxis-steffens.de

Kitzingen, 29.12.2025
Allgemeinmediziner*in (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis für Diabetes und Ernährungsmedizin Kitzingen
- **Adresse**: Königsberger Straße 50, 97318 Kitzingen
- **Ansprechpartnerin**: Corinna Sengenberger, corisengenberger@t-online.de
- **Website**: www.praxis-kitzingen-siedlung.de

Bielefeld, 17.12.2025
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Zentrum für Diabetes, Nieren und Hochdruckkrankheiten MVZ
- **Adresse**: Ravensberger Straße 10 H, 33602 Bielefeld
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Hans-Herbert Echterhoff, 0172/9111561, nephron@t-online.de
- **Website**: www.dialysezentrum-bielefeld.de

Lübeck, 08.12.2025
Oberärzt*in (m/w/d) für Innere Medizin – Endokrinologie und Diabetologie
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck
- **Adresse**: Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
- **Ansprechpartner**: Prof. Dr. med. Stefan Kopf, 0451/50044140, stefan.kopf@uksh.de
- **Website**: www.uksh.de/innere1-luebeck/Fachbereiche/Endokrinologie+_+Diabetologie-p-502.html

Starnberg, 05.12.2025
Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: MVZ Starnberger Kliniken GmbH
- **Adresse**: Oßwaldstraße 1a, 82319 Starnberg
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Marianne Breitenbach, marianne.breitenbach@mvz-sta.de
- **Website**: www.mvz-sta.de

Direkt zu allen Stellenangeboten

Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

Schwabenheim, 02.12.2025
Diabetolog*in DDG LÄK (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetologische Schwerpunktpraxis
- **Adresse**: Marktplatz 3, 55270 Schwabenheim
- **Ansprechpartner**: Hans-Joachim Herrmann, 06130/941880, hans-joachim.herrmann@gemeinschaftspraxis-schwabenheim.de
- **Website**: www.gemeinschaftspraxis-schwabenheim.de

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE
direkt zu allen Anzeigen für Gesundheitsfachkräfte

Viersen, 06.01.2026
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetespraxis Viersen
- **Adresse**: Süchtelner Straße 6, 41747 Viersen
- **Ansprechpartner**: Dr. Christoph Heyer, 0151/23588597, c.heyer@gmx.net
- **Website**: www.zuckerdoc.de

Frankfurt, 31.12.2025
Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.06.2026
- **Voraussichtliche Dauer**: befristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: BAG Frankfurt Eschersheim Drs. Klör, Lohmann, Schmitt, Gabel
- **Adresse**: Eschersheimer Landstraße 440, 60433 Frankfurt
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Caroline Schmitt, praxis.schmitt@pcbuero.de
- **Website**: www.arztpraxis-ffm.de

Neuss, 23.12.2025
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Johanna Etienne Krankenhaus Neuss
- **Adresse**: Am Hasenberg 46, 41462 Neuss
- **Ansprechpartnerin**: Jenny Vieten-Wetzel, 02131/529 59110, J.Vieten-Wetzel@kh-neuwerk.de
- **Website**: wirsuchenmenschen.de/jobs/3132-diabetesberater-dg-m-w-d-johana-etiene-krankenhaus

Dortmund, 17.12.2025
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis am Hellweg
- **Adresse**: Brackeler Hellweg 119, 44309 Dortmund
- **Ansprechpartnerin**: Karina Pate, 0177/8061288, pate@diabetologie-kaiserviertel.de
- **Website**: www.hausaerzte-am-hellweg.de

Mannheim, 16.12.2025
Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Stoffwechselzentrum Rhein Pfalz
- **Adresse**: Belchenstraße 1-5, 68163 Mannheim
- **Ansprechpartner**: Prof. Dr. med. Per Humpert, humpert@swzrp.de
- **Website**: www.swzrp.de

Berlin, 16.12.2025
Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.01.2026
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: diR schwerpunktpraxis Diabetes und Rheuma Wilmersdorf
- **Adresse**: Mecklenburgische Straße 20, 10713 Berlin
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Badri Sadraie, 0176/81178254, kontakt@dir-praxis.de
- **Website**: www.dir-praxis.de

München, 15.12.2025
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: 01.01.2026
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Diabetes Pasing
- **Adresse**: Spiegelstraße 2, 81241 München
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Johann Brand, 0162/3323712 oder 089/55054600, drs.brand@gmx.de
- **Website**: www.diabetes-pasing.de

Magdeburg, 13.12.2025
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit oder Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis Schiergott
- **Adresse**: Leipziger Straße 17a, 39112 Magdeburg
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Mitrita-Adriana Schiergott, praxis-leipzigerstrasse-magdebug@web.de
- **Website**: praxis-schiergott.de

Darmstadt, 12.12.2025
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)
- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Klinikum Darmstadt GmbH, Medizinische Klinik II
- **Adresse**: Grafenstraße 9, 64283 Darmstadt
- **Ansprechpartner**: OÄ Dr. Sattarova 06151/107940662/ Ltd. DB Gorny 06151/107940658, martin.gorny@mail.klinikum-darmstadt.de

STELLENANGEBOTE

Köln, 11.12.2025
Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit
- **Veröffentlicht von**: Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH
- **Adresse**: Urbacher Weg 19, 51149 Köln
- **Ansprechpartner**: Prof. Dr. med. Holtmeier, 02203/566-1326, w.holtmeier@khporz.de
- **Website**: khporz.de/gastroenterologie

Aichtal-Grötzingen, 29.11.2025
MFA (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis Dr. Illa Engelmann
- **Adresse**: Nürtinger Straße 3, 72631 Aichtal-Grötzingen
- **Ansprechpartnerin**: Dr. med. Illa Engelmann, 07127/560050, info@engelmann-praxis.de
- **Website**: www.engelmann-praxis.de

Nürnberg, 26.11.2025
Wundassistent*in (m/w/d)

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

Krefeld, 26.11.2025
Auszubildende*r (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Teilzeit oder Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Helios Klinikum Krefeld - Medizinische Klinik III
- **Adresse**: Lutherplatz 40, 47805 Krefeld
- **Ansprechpartnerin**: PD Dr. med Heike Bruck, stephanie.habeck@helios-gesundheit.de

Ladenburg, 24.11.2025
Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- **Arbeitsbeginn**: ab sofort
- **Voraussichtliche Dauer**: unbefristet
- **Arbeitszeit**: Vollzeit
- **Veröffentlicht von**: Praxis Dr. Feier und Kollegen
- **Adresse**:Weinheimer Straße 4, 68526 Ladenburg
- **Ansprechpartner**: Dr. med. Florian Feier, 0163/2543044, feier@praxis-dr-feier.de
- **Website**: www.praxis-dr-feier.de

+ + + NEWS-TICKER + + +

RKI: erstmals Panel-Daten veröffentlicht

Im RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland" sind über 40.000 Personen ab 16 Jahren registriert. Erste Ergebnisse liegen nun vor. Mehr unter www.rki.de/panel.

Fortsetzung Weiterbildung & Qualifikation von Seite 28/29

Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Akademie Luftiku(r)s e. V. Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück ✆ Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600 Euro, bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung.
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg ✆ Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	**Blended-Termine:** 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 Diakonissenkranken-haus, Frölichstraße. 17, Augsburg	750 Euro zzgl. MwSt.; inkl. Seminarunterlagen. Für die Präsenzzeit müssen die Kosten für die Anfahrt und die Unterkunft selbst organisiert und finanziert werden.
willms.partner Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen ✆ Tel.: 0551/7974741 🖷 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	**Blended-Termine:** 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.
Dr. med. Katja Schaaf Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf ✆ Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	**Blended-Termine** **Schwerpunkt Pädiatrie:** 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.

DDG Mitgliederversammlung

Sehr geehrte DDG Mitglieder,

wir möchten Sie ganz herzlich zur ordentlichen DDG Mitgliederversammlung einladen, die **am 15. Mai 2026 um 8 Uhr** als reine Präsenzveranstaltung im Rahmen des Diabetes Kongresses in Berlin stattfinden wird.

Während der Mitgliederversammlung können Sie die Berichte der Präsidentin und des Schatzmeisters verfolgen. Sie erhalten neue Informationen zu unseren laufenden und geplanten Projekten sowie zu unseren aktuellen und zukünftigen Kongressen und Herbsttagungen. Ordentliche Mitglieder können an den geheimen Wahlen teilnehmen. Informationen zur Agenda, alle Entscheidungsvorlagen sowie den Haushaltsplan finden Sie fristgerecht drei Wochen vor der Mitgliederversammlung im geschützten Bereich auf der DDG Homepage.

Für Rückfragen zu Ihren Zugangsdaten wenden Sie sich gerne an die DDG Geschäftsstelle: ***mitglieder@ddg.info***

Herzliche Grüße aus der
DDG Geschäftsstelle

BUNTES

Zehn Jahre Diabetes im Fokus

Am 29. April 2016 ist die erste diabetes zeitung erschienen. Wie kam es zur Gründung der dz?

BERLIN. Hätten Sie's gewusst? Die diabetes zeitung (dz) gibt es schon seit zehn Jahren – rechts sehen Sie die Titelseite der ersten Ausgabe. Im Redaktionsbeirat damals wie heute: Professor Dr. Baptist Gallwitz. 2016 war er zudem Präsident der DDG und hat das erste Editorial geschrieben. Er erinnert sich an die ersten Schritte der dz auf dem diabetologischen Parkett …

Wie alles begann: die Titelseite der ersten dz.

Herr Prof. Gallwitz, welche Überlegungen haben 2016 seitens der Deutschen Diabetes Gesellschaft dazu geführt, die diabetes zeitung herauszugeben?

Prof. Gallwitz: Es gab von einigen Fachgesellschaften bereits Zeitungen, die sich breit nicht nur an Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Personal richteten, sondern auch eine Leserschaft im Gesundheitswesen und in der Politik ansprechen wollten (z. B. „Kardio News", „Onko News").

Die DDG wollte gleichziehen und mit der **diabetes zeitung** damit erstmals auch ein Medium haben, das außerhalb der Diabetesteams und der DDG Diabetesthemen an eine viel größere Leserschaft bringt. Es sollte umgekehrt auch als Identifikations- und Motivations-Booster innerhalb der DDG und anderer Diabetesorganisationen eine Rolle spielen.

INTERVIEW

Professor Dr. Baptist Gallwitz
DDG Präsident 2016 und Mitglied des dz-Redaktionsbeirats
Foto: DDG/ Dirk Michael Deckbar

Auch gesundheitspolitische Themen sollten einen größeren Rahmen einnehmen und die Inhalte der Zeitschrift sollten aktuell sein. Die Wahl für ein Printmedium wurde bewusst getroffen, „um etwas in (oder an) die Hand zu geben".

Wie war die Arbeit an der ersten Ausgabe und wie war es, die erste Ausgabe aufzuschlagen?

Prof. Gallwitz: Zunächst ging es ja darum, ein Redaktionsteam zusammenzustellen, das Konzept der **diabetes zeitung** zu definieren und die Verantwortlichkeiten und Aufgaben zu verteilen.

Es war eine sehr lebhafte, positive und konstruktive Aufbruchstimmung, die von Anfang an von viel Professionalität und Verlässlichkeit begleitet wurde. Der Austausch im Redaktionsteam und die Zahl der Sitzungen waren vor dem Erscheinen der ersten Ausgabe natürlich intensiver und höher als jetzt.

Die erste Ausgabe auf dem Diabetes Kongress 2016 in Händen zu halten und aufzuschlagen, war ein großartiger Moment, bei dem schnell klar war, dass wir einen „guten Wurf" gemacht hatten. Natürlich war es aufregend, die schon aus den Redaktionssitzungen bekannten Artikel gedruckt in einer Zeitung zu haben und auf dem Kongress zu beobachten, wie die Reaktion auf die Zeitung insgesamt ausfällt.

Was sollte in jeder Ausgabe einen Platz haben?

Prof. Gallwitz: Neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Diabetes erleichtern und verbessern.

Über welche Schlagzeile würden Sie sich 2036 am meisten freuen?

Prof. Gallwitz: „Die Diabetesinzidenz nimmt kontinuierlich und dauerhaft ab –das Ende einer Pandemie."

Interview: Nicole Finkenauer

10 JAHRE diabeteszeitung 2016 – 2026

Die diabetes zeitung (dz) im Wandel der Zeit

Was hat die Diabetologie vor zehn Jahren beschäftigt? 2026 wollen wir anhand des dz-Jahrgangs 2016 einen Blick zurückwerfen, aber auch immer wieder fragen: Wie sieht die Zukunft aus? In dieser Ausgabe geht es um die Anfänge der dz.

Prominente in der ersten Ausgabe der diabetes zeitung

Viele Menschen gratulierten zur ersten Ausgabe, viele bekannt aus dem Gesundheitswesen oder speziell der Diabetologie. Es waren aber auch einige weithin populäre Prominente dabei. Eine Auswahl.

„Jeden Tag eine Stunde Sport in der Schule – wann schaffen wir das endlich?"
Joey Kelly, Musiker und Extremsportler

„Recommended reading for all of us cursed with a sweet tooth!"
Roger Moore, Schauspieler

„Gesundheit braucht Wissen. Heute mehr denn je. Ich bin sicher, dass wir noch viel mehr tun können, um den rasanten Anstieg von Diabetes zu stoppen und die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes deutlich zu steigern. Dafür brauchen wir neue Vernetzungen und Ideen. Genau dazu tritt die diabetes zeitung an."
Sarah Wiener, Köchin, Unternehmerin, Politikerin

Fotos: iStock/Apoorva Patel