



DIABETES KONGRESS 2025 DDG

Vorträge & Symposien sind on demand verfügbar: ddg.metadcr.com/kongress2025

Neue Dimensionen

Vielseitigkeit vorprogrammiert









BERLIN. Individuell, interdisziplinär und innovativ ging es beim 59. Diabetes Kongress zu. 6.200 Teilnehmende entdeckten die Mehrdimensionalität.

Klar, die „neuen Dimensionen der Diabetologie“ aus dem Kongressmotto beziehen sich auf medizinische Aspekte, auf Diabetestechnologie und Digitalisierung – all das ließ sich während der Kongresstage eingehend erforschen. In Berlin zeigten sich aber auch deutlich die weiteren Dimensionen eines jeden gelungenen Kongresses: interessantes Programm, rege Diskussionen, Kongresspräsident Professor

Dr. Martin Heni und die Kongresssekretärinnen Dr. Julia Hummel und Sabrina Wangler humorvoll und voller Energie, würdige Preisträger*innen, der Nachwuchs ganz selbstverständlich dabei – und natürlich gemeinsam feiern und Sport treiben. Diese Vielseitigkeit findet sich selbstverständlich auch in der diabeteszeitung wieder. Gehen Sie auf Entdeckungsreise auf den Seiten **4, 8/9, 10, 16, 17, 22**

Diabetestechnologie & Digitalisierung

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



Verbessern, nicht verwässern?

KHVVG: Diabetesverbände erarbeiten Tischvorlage

BERLIN. 70 Personen aus Regionalgesellschaften, Gremien, zertifizierten Kliniken und Vorständen der Verbände DDG, BVND, BVKD, VDBD und diabetesDE haben bei einem Treffen eine Zusammenfassung erarbeitet, welche Fakten aus dem Be-

reich Diabetes man bei politischen Gesprächen über das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) parat haben sollte. Von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken stammt die Aussage, dass sie die Krankenhausreform, „verbessern, nicht

verwässern“ möchte. Was genau bedeutet das, wenn es um die Leistungsgruppen und die Vorhaltepauschalen geht (Stichwort „Grouper“)? Wie geht es mit den diabetologischen Abteilungen weiter? Die Verbände warfen zudem einen Blick auf die mögliche

fallführende Steuerung durch Schwerpunktpraxen. Und: Wie ticken Bundesgesundheitsministerin Nina Warken und Bundesernährungsminister Alois Rainer – und was ist von ihnen zu erwarten bei den Themen Diabetes und Prävention? **3, 4**

Retina-Screening: Lücke schließen

WETTER. Augenkontrolle in der Diabetes-Schwerpunktpraxis? Ein automatisiertes Retina-Screening mittels KI macht es möglich. Ein Diabetologe aus Nordrhein-Westfalen hat die Fundusfotografie mit KI-Auswertung im niedergelassenen Bereich auf den Weg gebracht und berichtet über Vorteile und Grenzen, den Ablauf und die Kosten. **6**

MedTriX^{Group}

Für eine gerechte Diabetesversorgung

Für ihre zweijährige Amtszeit hat sich die neue DDG Präsidentin viel vorgenommen

HEIDELBERG. Ende Mai hat Professorin Dr. Julia Szendrői ihr Amt als DDG Präsidentin angetreten. Sie freut sich auf die neue Aufgabe – und möchte viel erreichen: in der

klinischen Diabetesversorgung, in der Verhältnisprävention und wenn es um die soziale Ungerechtigkeit bei Diabeteskomplikationen und die damit zusammen-

hängende Präzisionsmedizin geht. Dazu gehört auch, Menschen mit Diabetes stärker einzubeziehen – auch deshalb, weil ein Ziel, das alle gemeinsam verfolgen, bessere

Chancen hat, auch erreicht zu werden. Im Interview und im zugehörigen Podcast erzählt sie außerdem u. a., wie sie selbst in die Diabetologie gekommen ist. **15**

Seite 11 Mehr Diabetes-Expertise in der Reha

BERLIN. Diabetesfachkräfte in Reha-Kliniken mit Fachabteilungen für Kardiologie und Diabetologie beschäftigen – das ist nun Pflicht und soll zum nachhaltigen Reha-Erfolg beitragen.

Seite 16 »Nichts ohne uns, alles mit uns«

BERLIN. Über das vielschichtige Thema Teilhabe entspannt sich beim Diabetes Kongress eine sehr spannende Diskussion. Wertvolle Expertise ist reichlich vorhanden.

Seite 22 Ein »ganz, ganz enges Rennen« im Dorf

BERLIN. Beim Startup Village für innovative Produkte traten u. a. Dextrosetabletten ohne Geschmack und ein Motivationsprogramm für Menschen mit Diabetes gegeneinander an.

Like statt Leitlinie? Medfluencer und Meducatoren

WIESBADEN. Viele Menschen informieren sich via Instagram, TikTok und YouTube über Gesundheitsthemen. Nicht immer sind die Informationen richtig, was sich auch an den Fragen zeigt, die in den Praxen aufkommen oder an die Pressestelle der DDG gestellt werden. Wie schätzt die DDG das Angebot ein – und was sagen ärztliche Medfluencer bzw. Meducatoren? **20**



Foto: Freshcare - stock.adobe.com

»Neue Dimensionen der Diabetologie entdeckt«

Der Diabetes Kongress 2025 war seinem Motto gemäß mehrdimensional

News & Fakten

Forderungen der Diabetesverbände zur Krankenhausreform; Studie zum Nutzen von DDG Zertifikaten; DDG Mitgliederversammlung 2025; Gesundheitsministerin Nina Warken und Ernährungsminister Alois Rainer: Welche Positionen vertreten sie?; Retina-Screening in Schwerpunktpraxen; Meldungen DDG macht Politik; Diabetes-Weiterbildung in Reha-Einrichtungen; Neues aus der Diabetesforschung; neue Website zu den Adipositasfortbildungen von DAG und DDG 3–6, 10–13

Kongress aktuell

Diabetes Kongress: Bilder vom Kongress; Stimmen von Reisestipendiat*innen; Soziale Teilhabe: Nichts ist unmöglich; Medikamente mit längerer Wirkdauer; Preisträger*innen 2025; Gewinner Startup Village ... 8/9, 10, 16, 17, 22

Das Interview

Professor Dr. Julia Szendrödi, neue Präsidentin der DDG: „Werde für gerechte und effektive Diabetesversorgung plädieren“ 15

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 18

Im Blickpunkt

Like statt Leitlinie? – Gesundheitsinformationen im Internet; Zertifiziertes Zentrum: Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin; Parlamentarischer Abend diabetesDE; Früherkennung Typ-1-Diabetes in Kinderarztpraxen (Interview mit Dr. Anke Steuerer, BVKJ) 20, 23–25

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Arztpraxen und Kliniken; neue Diabetologinnen und Diabetologen; DDG Medienpreis: Bewerbungsfrist 26

Weiterbildung & Qualifikation

Diabetesedukation DDG (Diabetes-berater*in DDG, Diabetesassistent*in DDG); Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG; Diabetespflegefachkraft DDG (Klinik); Fuß- und Wundassistent*in DDG; Diabetescoach DDG; Adipositasberater*in DAG-DDG; Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung; Fachpsycholog*in DDG 28–29

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgesuche 30–31

Buntes 32

Liebe Leserinnen und Leser,

waren Sie auch auf dem Diabetes Kongress? Ich hoffe sehr, Sie konnten teilhaben am lebendigen Austausch und den regen Diskussionen. Zum Gelingen des Kongresses mit seinen 6.200 Teilnehmenden haben viele Menschen beigetragen. Mein Dank geht stellvertretend für alle an den Kongresspräsidenten Professor Dr. Martin Heni und die Kongresssekretärinnen Dr. Julia Hummel und Sabrina Wangler, außerdem natürlich an die Mitarbeitenden der DDG Geschäftsstelle.

»In neuen Dimensionen unterwegs«

Während des Diabetes Kongresses zeigten sich, wie das Motto schon angekündigt hatte, „neue Dimensionen der Diabetologie“. Neue Horizonte taten sich auf – auch für diejenigen, die schon lange in der Diabetologie unterwegs sind, aber in besonderem Maße für die 120 Stipendiat*innen des Nachwuchsprogramms. Mehr über den Kongress und die DDG Mitgliederversammlung erfahren Sie auf den Seiten 4, 8/9, 10, 16, 17 und 22.

»Hintergrundwissen für politische Diskussionen«

Auch weiterhin werden wir uns im Rahmen der Reformen im Gesundheitswesen intensiv für eine gute Diabetesversorgung einsetzen. DDG, BVND, BVKD, VDBD und diabetesDE haben in einer „Tischvorlage“ ihre Forderungen zusammengestellt und erläutert, sodass Sie für politische Gespräche gut gewappnet sind. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 3.

»Retina-Screening in der Praxis schließt eine Lücke«

KI-gestütztes Netzhaut-Screening wird im stationären Bereich schon länger eingesetzt. Nun wurde die Fundusfotografie mit



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

KI-Auswertung auch im ambulanten Bereich auf den Weg gebracht. Welche Vorteile Menschen mit Diabetes, Diabetesteam und Augenärzt*innen dadurch haben und wie das Screening in Diabetes-Schwerpunktpraxen praktisch umgesetzt wird, wird vorgestellt im Interview auf Seite 6.

»Mehr Diabeteswissen in der Reha«

Menschen mit Diabetes sollten auch während einer Rehabilitationsmaßnahme durch Diabetesfachkräfte begleitet werden. Deshalb verstärkt die Deutsche Rentenversicherung ihre Teams in Reha-Kliniken mit den Fachabteilungen Gastroenterologie und Kardiologie um Personal, das für Diabetesbe-

ratung und Diabetesassistent*innen qualifiziert ist. Was das genau bedeutet, lesen Sie auf Seite 11.

»Like statt Leitlinie? – Gesundheitsinformation auf Social Media birgt Chancen und Risiken«

Von „Medfluencer*innen“, die z.B. auf Instagram und TikTok aktiv sind, beziehen immer mehr Menschen Informationen zu Gesundheitsthemen. Nicht immer sind diese Informationsquellen vertrauenswürdig. Welche Anfragen die DDG Pressestelle bekommt, was Medfluencer*innen von Meducator*innen unterscheidet, welche Regeln für Ärzt*innen in den sozialen Medien gelten und welche Social-Media-Kanäle empfehlenswert sind, steht im Artikel auf Seite 20.

Ganz herzlich, Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrödi

diabetes
zeitung

© 2025, MedTriX GmbH
Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag
Hühlig Fachinformationen GmbH, München

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtreaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

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

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

Redaktion Medizin: Nicole Finkenauer, Gregor Hess

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

Weitere Mitarbeitende: Cornelia Kolbeck, Antje Thiel

Corporate Publishing: Lena Feil

Redaktionsbeirat:

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

Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

Prof. Dr. Matthias Blüher (Adipositas), Prof. Dr. Frank Erguth
(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 Lindenaus

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Teamleitung Media:

Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,

Anzeigen:
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123
Telefax: 0611 9746 480-112

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

Teamleitung Vertrieb:

Birgit Höflmair

Vertrieb und Abonnentenservice:

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

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

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50
(inkl. Porto und MwSt., Ausland zuzüglich Porto)

Konto: HVB/UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333
ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

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



Die Mitglieder der Deutschen Diabetes Gesellschaft erhalten

das Heft im Rahmen ihres Mitgliedsbeitrages.

Mit der Einreichung eines Manuskriptes erklärt sich die/

der Urheber*in damit einverstanden, dass ihr/sein Beitrag

ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen

Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie

Dritter veröffentlicht werden kann.

Hinweise zum Urheberrecht: Die Nutzung unserer Inhalte

(Texte, Fotos, Grafiken etc.), insbesondere die Vervielfältigung,

Verbreitung oder öffentliche Zugänglichmachung, ist

grundsätzlich nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung

erlaubt, sofern sich aus dem UrhG nichts anderes ergibt. Des

Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine Nutzung ihrer

Inhalte für kommerzielles Text- und Data Mining (TDM) im

Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Beilagen: diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Worüber jetzt zu reden ist

Fakten und Forderungen der großen Diabetesverbände zur Krankenhausreform

BERLIN. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken will die Krankenhausreform „verbessern, nicht verwässern“. Bedeutsam für das jeweilige Krankenhaus werden allerdings die Bedingungen des Bundeslandes sein. Für politische Gespräche auf Landesebene haben die Diabetesorganisationen DDG, BVND, BVKD, diabetesDE und VDBD eine gemeinsame „Tischvorlage“ zur Umsetzung des KHVG erstellt.

Auf sieben Seiten haben DDG, BVND, BVKD, diabetesDE und VDBD zusammengefasst, was man an Fakten und Hintergrundwissen im Bereich Diabetes zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVG) für politische Gespräche parat haben sollte. Es ist das Ergebnis eines Meetings im Mai mit über 70 Personen aus Regionalgesellschaften, Gremien, zertifizierten Kliniken und Vorständen der beteiligten Verbände.

Koalitionäre zeigen sich bereit für Veränderungen

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD heißt es: „Dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, werden die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben verändert. Dies gilt in gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe.“ Die Diabetesverbände empfangen aus dem Leistungsgruppenausschuss „ermutigende Signale, dass unsere Vorschläge für die Veränderung von LG 2 hinsichtlich der Diabetologie gehört werden“. Die Forderung lautet, dass mindestens die DDG zertifizierten Abteilungen mit ihrem Fachpersonal erhalten bleiben, da sie nachweislich eine bessere Versorgung ge-

währleisten können (siehe Artikel unten). Die komplexe Diabetologie soll je nach Zuschnitt der Abteilung von Endokrinolog*innen und/oder Diabetolog*innen (Facharzt oder Zusatzweiterbildung) durchgeführt werden. Zudem gilt es, eine flächendeckende, qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes an Kinderkliniken stationär und ambulant sicherzustellen.

Grouper-Algorithmus bedarf der Weiterentwicklung

Mit dem KHVG sollte der Versuch unternommen werden, Abteilungsstrukturen aufzulösen und durch LG zu ersetzen, denen entsprechende Vorhaltepauschalen zugeordnet werden. Der Grouper konterkariert diesen Ansatz derzeit jedoch grundlegend, schreiben die fünf Verbände. Denn einzelne DRGs werden nicht einer LG zugeordnet, sondern können in verschiedenen LG landen. Da nur in LG 2 die diabetologischen Strukturanforderungen zwingend vorgehalten werden müssen, haben DDG und BVKD eine Kodierempfehlung an die Häuser herausgegeben (siehe Kasten). Gefordert wird eine Überprüfung und Weiterentwicklung des Grouper-Algorithmus im Sinne der Krankenhausplanung über Leistungsgruppen.

»Verbände empfangen ermutigende Signale aus dem Leistungsgruppenausschuss«



Was Bund und Länder jetzt tun müssen, haben die Verbände klar formuliert.

Fotos: DDG, BVND, BVKD, diabetesDE, VDBD, stock.adobe.com, gettyimages

Kodierauftrag an Einrichtungen mit DDG Zertifikat

Weil sie bislang in der Erwachsenen-Diabetologie nicht erlösrelevant war, wurde die OPS-Ziffer 8-984 „Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes“ nur selten kodiert. Sie triggert je nach verwendetem Fachabteilungsschlüssel allerdings die Zuordnung zur Leistungsgruppe 2 (Komplexe Endokrinologie und Diabetologie). DDG und BVKD ermuntern deshalb alle zertifizierten Behandlungseinrichtungen, die die Kriterien für die Einstufung in die LG 2 und die Strukturkriterien für die Kodierung der OPS-Ziffer 8-984 erfüllen, diese Ziffer bereits in diesem Jahr möglichst zahlreich zu kodieren.

Zwar werden sich diabetologische Fälle sowohl in LG 1 (Allgemeine Innere Medizin) als auch in LG 2 abrechnen lassen. Die Sichtbarkeit der Diabetologie sei jedoch nur über die LG 2 garantiert. Dass nur in LG 2 die entsprechenden fachärztlichen Strukturanforderungen zwingend vorgehalten

werden müssen, habe Auswirkungen auf die Weiterbildung und Nachwuchssicherung.

Für die Abrechnung des OPS-Codes 8-984 werden drei Therapiebereiche (Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen) gefordert. Die Kommission Kodierung & DRGs in der Diabetologie weist darauf hin, dass auch das nahezu überall vorhandene Entlassmanagement als Erfüllungskriterium im Bereich „soziale Intervention“ anrechnungsfähig ist.

Es ist ausgeschlossen, Kinder und Jugendliche mit Diabetes in die LG 2 zu steuern, sie werden vollumfänglich der LG 46 (Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin) zugeordnet.

Hinweise zum KHVG-Grouper gibt der BVKD auf die-diabetes-kliniken.de



Union und SPD haben in ihrem Regierungsprogramm verkündet: „Wir ermöglichen den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen.“ Hier sollte „verstärkt die Etablierung von DDG zertifizierten Abteilungen einschließlich Konsiliardiensten (Diabetes-Unit) gefordert werden, damit die klinischen Outcomes weiter verbessert werden können“, haken DDG & Co. in ihrer Tischvorlage ein. Konkret heißt das: bundesweite Etablierung des Standards „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“, insbesondere in Gebieten ohne Universi-

tätsmedizin oder ohne nahe gelegene Kliniken mit der LG 2.

Fallführende Steuerung durch die Diabetesschwerpunktpraxis

Ein von den Koalitionären ins Auge gefasstes Primärarztsystem könne prinzipiell die Anforderungen der Diabetologie gut erfüllen, meinen die fünf Verbände. Notwendig seien allerdings klare Schnittstellen. Außerdem müsse für Menschen mit Typ-1-Diabetes und weiteren speziellen Diabetesformen die fallführende Steuerung durch die Diabetesschwerpunktpraxis erfolgen. Das betreffe auch Menschen mit Typ-2-Diabetes bei Änderung der Risikokonstellation oder Therapieanpassung.

Im Fall des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) fordern DDG und BVKD für die Abrechnung der Leistungen der interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteams eine Komplexpauschale. Immanent wichtig sei ein schneller Zugang zu spezialisierten Fußbehandlungseinrichtungen. Das müsse in einem Primärarztsystem Berücksichtigung finden. Als digitale Lösung nennt die DDG z.B. das Modellprojekt „Telemedizinisches Fachkonsil DFS“.

Michael Reischmann

Die komplette Stellungnahme/Tischvorlage zur Umsetzung des KHVG ist auf ddg.info im Bereich „Gesundheitspolitik“ und dort bei „Stellungnahmen“ abrufbar.

DDG Zertifikate senken das Sterberisiko

Studie zeigt: Zertifikate der DDG sichern den Behandlungserfolg von Menschen mit Diabetes

BERLIN. Menschen mit Diabetes, die in einer Klinik mit DDG Zertifizierung behandelt werden, haben ein geringeres Risiko, im Krankenhaus zu versterben. Das zeigt eine Auswertung von über acht Millionen Krankenhausaufenthalten von 2021 bis 2023.

Im Rahmen der Analyse wurden 300 Krankenhäuser mit DDG Zertifizierung mit 1.103 nicht zertifizierten Einrichtungen verglichen: Trotz höherer Krankheitslast bei den an Diabetes erkrankten Menschen zeigten die zertifizierten Abteilungen eine niedrigere Krankenhaussterblichkeit bei Patient*innen mit der Haupt-

diagnose Diabetes. Mindestens jeder fünfte Mensch, der stationär im Krankenhaus behandelt wird, ist an Diabetes erkrankt.

KH-Reform: Gefahr für spezialisierte Strukturen

Mit Blick auf die derzeit laufende Krankenhausreform und die Einführung sogenannter Leistungsgruppen warnt die DDG deshalb vor einer Schwächung diabetologischer Fachabteilungen. Die geplante Integration in allgemeine Leistungsgruppen der inneren Medizin könne zu einem Verlust etablierter Expertise führen.



„Für eine qualitätsgesicherte Versorgung von Menschen mit Diabetes ist es erforderlich, diabetologische Fachabteilungen strukturell

zu verankern“, erklärt DDG Past Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE, Tübingen. „Dazu gehört, dass entsprechende Abteilungen in die Leistungsgruppe ‚Komplexe Diabetologie/Endokrinologie‘ überführt werden. Auch Internisten mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie müssen für diese Leistungsgruppe zugelassen sein, um Versorgungssicherheit und Weiterbildung zu gewährleisten.“

Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen ist der Erhalt spezialisierter Abteilungen gefährdet. Die DDG sieht in den Studienergeb-

nissen eine klare Evidenzgrundlage, um Etablierung und Erhalt zertifizierter Strukturen – einschließlich Konsiliardiensten („Diabetes-Units“) – flächendeckend zu fördern. „Der strukturierte Ausbau zertifizierter Fachabteilungen trägt nachweislich zur Senkung der Krankenhaussterblichkeit bei Menschen mit Diabetes bei“, so Prof. Fritsche. „Dies sollte bei der Umsetzung der Krankenhausreform gesundheitspolitisch berücksichtigt werden.“

DDG/Red.

Vorab-Presskonferenz Diabetes Kongress 2025

Auzanneau M et al. medRxiv, 2025; doi: 10.1101/2025.04.07.25325368

Vielfältige Aktivitäten, neue Ansätze

Mitgliederversammlung bietet Bestandsaufnahme und Ausblick

BERLIN. Aktiv, innovationsfreudig, engagiert – das war die Deutsche Diabetes Gesellschaft 2024 und so ist sie auch in das Jahr 2025 gestartet. Mit einer Bestandsaufnahme, Ehrungen, einem neu zusammengesetzten Vorstand und einer goldenen Kette gab es während der Mitgliederversammlung sowohl nüchterne als auch emotionale Momente ...

Zu Beginn ein Blick auf die Mitgliederzahlen: Im Mai 2025 waren es 9.347 Mitglieder, davon 7.337 ordentliche und 1.995 assoziierte, außerdem 15 Fördermitglieder. Besonders hob DDG Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE die Altersstruktur der Mitglieder hervor: Sie hat einen Peak rund um ein Alter von 60 Jahren. „Die sieht auch ähnlich aus wie die Altersstruktur der Bevölkerung – unser demografisches Problem.“ Für die DDG sieht Fritsche darin aber kein Problem, denn es gibt viele Ansätze, um Nachwuchs für die Diabetologie zu gewinnen.

Großes Engagement für den Nachwuchs

Ein Angebot der DDG für den Nachwuchs sind Reisestipendien. Im Jahr 2024 konnten 170 junge Menschen so zu den beiden Kongressen im Frühjahr und im Herbst kommen. Für den Diabetes Kongress in diesem Jahr gab es knapp 200 Bewerbungen auf 120 Plätze. Die Altersgrenze dafür wurde auf 35 Jahre angehoben, weil Karrierewege durch Ausbildungen vor dem Medizinstudium oder andere Aktivitäten heute oft länger sind als in der Vergangenheit. Kostenfrei teilnehmen an beiden Kongressen können alle Medizinerinnen und Mediziner bis zum Alter von 30 Jahren. „Wir locken da sozusagen die Jugend der Ärzteschaft und der Forschenden hierher“, erklärte der Präsident.

Promotionsstipendien zu vergeben

Aber auch Promotionsstipendien vergibt die DDG. Insgesamt sind es aktuell zwölf mit einer maximalen Fördersumme von 3.000 Euro pro Person. Prof. Fritsche rief die An-

wesenden ausdrücklich dazu auf, Werbung für diese Stipendien an den Universitäten zu machen. Wichtig für die Nachwuchsarbeit ist auch die AG Nachwuchs. Sie gestaltet u. a. den Student's Diabetes Day, um Studierende für das Fach Diabetologie zu begeistern. „Eine weitere Aufgabe der Fachgesellschaft ist die Förderung der Wissenschaft, geradezu die zentrale Aufgabe“, so Prof. Fritsche. Die Summe für Projektförderungen hält sich auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2024 betrug sie wieder „nahezu eine halbe Million“.

Krankenhausreform und qualitätssichernde Zertifikate

Dann wurde es politisch, u. a. mit der Krankenhausreform. „Eigentlich dachte ich ja, in der Fachgesellschaft können wir schön über Wissenschaft reden, aber die Gesundheitspolitik, die funkt eben immer dazwischen ...“ Trotz zahlreicher Stellungnahmen und großem Engagement der DDG und vieler Partner, die alle mit einer Stimme sprachen, war es schwierig, etwas für die Diabetologie zu erreichen, „aber das ist in der Politik immer so, dass man eben dicke Bretter bohren muss“. Es gab einen 3-Punkte-Plan, Schreiben und Gespräche mit Stakeholdern aus der Politik und der Selbstverwaltung. Auch beim Parlamentarischen Jahresempfang der DDG wurde die Sicherstellung der diabetologischen Versorgung intensiv diskutiert. Prof. Fritsche dankte bei seinem Bericht ausdrücklich auch dem Team der Geschäftsstelle der DDG, „die da immer vor Ort waren und kein Gespräch gescheut haben“.

Die DDG sorgte auch im vergangenen Jahr für Transparenz für Menschen mit Diabetes, welche Kliniken Erfahrung im Bereich der Diabetologie aufweisen: mit dem Zertifikat „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“. Es feierte im Jahr 2024 sein zehnjähriges Bestehen. Aktuell sind weniger als 80 Kliniken in Deutschland zertifiziert, das Interesse ist rückläufig. Deshalb gibt es im Jahr 2025 einen Rabatt von 30 % bei einem Einzelantrag und sogar

eine kostenfreie Zertifizierung, wenn gleichzeitig ein Antrag für ein Diabeteszentrum oder ein Diabetes Exzellenzzentrum DDG eingeht. Auch die Fortbildung der Pflegenden unterstützt die DDG mit Schulungen und Stipendien. Wichtig: In Kliniken mit dem Zertifikat ist laut Studien die Mortalität von Menschen mit Diabetes geringer. Neben dem Zertifikat „Klinik mit Diabetes im Blick“ hatte das Zertifikat „Fußbehandlungseinrichtung DDG“ 20-jähriges Bestehen und die DDG selbst war 60 Jahre alt geworden. Auch Gremien feierten: die AG Diabetes & Technologie ihr 20-Jähriges und die Kommission Labordiagnostik das 10-Jährige. Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), bei der die

DDG mit ihrer Geschäftsführerin Barbara Bitzer federführend ist, engagiert sich 2025 seit 15 Jahren für die Prävention.

Neue Weiterbildung für Beratungsberufe

Viel getan hat sich auch im Bereich der Weiterbildung der Diabetesberatungsberufe. Auf den Weg gebracht worden war die „Diabetesedukation DDG“. Dabei starten seit verganginem Jahr Diabetesberater*innen sowie Diabetesassistent*innen gemeinsam in die Weiterbildung. Aufbauend sind dann die „Diabetesberater*in DDG“ und als weitere Qualifikation der „Diabetescoach DDG“ möglich.

Hoffnungsträger elektronische Diabetesakte

Einen Blick in die Zukunft warf Prof. Fritsche ebenfalls: „Eine schöne Entwicklung ist die elektronische Diabetesakte, wo ich immer sage: Mit der elektronischen Patientenakte, da bin ich eher skeptisch, was daraus wird, aber mit der elektronischen Diabetesakte, da erhoffe ich mir sehr viel. Da geht auch mein großer Dank an die Geschäftsstelle und an Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, die sich hier engagieren.“ Er erhofft sich dadurch auch mehr Daten für die

Forschung, aber auch als Grundlage für ein Register. Wer Pilotpraxis für die eDA sein möchte, ist dazu herzlich eingeladen.

Leitlinien zu Straßenverkehr, Gestationsdiabetes, Alter und Psyche sind in unterschiedlichen Stadien in Arbeit. Hier gab es den ausdrücklichen Hinweis, die Folien, die es zu den Praxisempfehlungen der DDG im Mitgliederbereich gibt, gern z. B. für eigene Vorträge zu nutzen.

Goldene Amtskette an Prof. Szendrödi übergeben

Nach Wahlen für einige Positionen (s. Kasten) übergab Prof. Fritsche die goldene Amtskette. Sein Resümee: „Es freut mich, Sie zwei Jahre begleitet haben zu dürfen. Es war mir eine große Ehre und große Freude – und wir sehen uns weiterhin in der DDG!“ Es übernahm Professor Dr. JULIA SZENDRÖDI: „Es ist mir eine große Ehre und Freude, heute hier als neue Präsidentin der DDG vor Ihnen zu stehen. Ich konnte schon in den letzten zwei Jahren mich intensiv einarbeiten (...) und das stärkt meine Freude auf die weitere Zusammenarbeit, um jetzt noch aktiver die Geschicke der DDG in den nächsten zwei Jahren mitgestalten zu dürfen.“ (Interview mit Prof. Szendrödi auf Seite 15) Dr. Katrin Kraatz



Das neue Präsidium (v. l. n. r.): Past-Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche, Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendrödi, Vizepräsident Dr. Tobias Wiesner.



Die goldene DDG Präsidentenkette wird weitergereicht – von Prof. Dr. Andreas Fritsche an Prof. Dr. Julia Szendrödi.

Über viele Jahre engagiert in der DDG (v. r. n. l.): Professor Dr. Hans-Peter Hammes, Professor Dr. Harald Schmechel, Professor Dr. Horst Harald Klein und Professor Dr. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe bekamen für ihre großen Verdienste die Ehrenmitgliedschaft der DDG verliehen. Links: Professor Dr. Andreas Neu, der wenig später mit stehenden Ovationen aus dem Vorstand verabschiedet wurde.

»9.347 Mitglieder hatte die DDG im Mai 2025«

Wer ist neu im Vorstand? Wer verantwortet 2027 Diabetes Kongress und Diabetes Herbsttagung?

- Zum neuen **Vizepräsidenten** wurde mit fast 100% Zustimmung Dr. TOBIAS WIESNER, niedergelassener Diabetologe aus Leipzig, gewählt. „Gerade die Herausforderungen im niedergelassenen Bereich – von der strukturellen Unterversorgung über die qualitativ hochwertige Versorgung und deren adäquate Vergütung bis hin zur Patientenschulung – müssen stärker berücksichtigt werden, wenn wir die Versorgung ganzheitlich verbessern wollen.“
- **Neues Mitglied im Vorstand** ist Kongresspräsident Professor Dr. MARTIN HENI, Universitätsklinikum Ulm. „Mir ist sehr wichtig,

die Verbindung zwischen den verschiedenen Ebenen: zwischen Praxis, Klinik, aber auch Wissenschaft voranzutreiben“, machte er sein Ziel für die Arbeit im Vorstand deutlich.

- Den **Diabetes Kongress 2027** in Berlin wird Univ.-Professor Dr. ROBERT WAGNER, Universitätsklinikum Düsseldorf, als Präsident ausrichten.
- Für die **Diabetes Herbsttagung 2027** in Wiesbaden wurde Professor Dr. THOMAS EBERT, Universitätsklinikum Leipzig, als Präsident nominiert.

Nina Warken geht's pragmatisch an

Neue Gesundheitsministerin will gesunden Lebensstil fördern, neuer Ernährungsminister lehnt Zuckersteuer ab

BERLIN. Sie ist mit dem Gesundheitswesen kaum vertraut, steht seit Mai aber an dessen Spitze: Bundesgesundheitsministerin Nina Warken. Sie gilt als sachlich und emotionslos, Juristin eben. Ihr Weg und der von Bundesernährungsminister Alois Rainer kreuzen sich bei Gesundheit und Ernährung. Die Zuckersteuer kommt für ihn nicht infrage, für die CDU-Politikerin voraussichtlich auch nicht.

Nina Warken galt als eine der Überraschungen im Kabinett, zuvor machte ein anderer Name die Runde durch den Reichstag: der ihres Parteikollegen TINO SORGE. Im Zuge der Regierungsbildung kam es anders, er ist nun neben Dr. GEORG KIPPELS einer ihrer neuen Parlamentarischen Staatssekretäre.

Keine Höhenflüge: Ministerin bleibt am Boden – vorerst

„Erfahren, entschlossen und bodenständig“, eine, die „die Lebensrealität der Menschen kennt“ und „politischen Gestaltungswillen mitbringt“, so wird die 46-jährige Christdemokratin aus Tauberbischofsheim, deren Fokus bislang auf der Innen- und Rechtspolitik lag, von ihrer Partei beschrieben. Mit ihrem Ehemann Sebastian, ebenfalls Jurist, hat sie drei Söhne. „Wer krank ist

oder Pflege braucht, soll sich darauf verlassen können, dass er bestmöglich versorgt wird. Das sind wir den Menschen schuldig“, sagte sie bei ihrer ersten Rede als neue Bundesministerin für Gesundheit und Pflege, die „uns alle angeht“ – eine „Mammutaufgabe“, wie sie findet. „Wir haben es hier zu tun mit ineffizienten Strukturen, mit fehlender Nachhaltigkeit bei der Finanzierung, mit Fachkräftemangel, mit unzureichender Digitalisierung, mit einem Übermaß an Bürokratie.“

Reformen sind dringender denn je: Den Kassen geht das Geld aus – der Bund hat deshalb vorzeitig 800 Millionen Euro in den Gesundheitsfonds gepumpt.

Die Pharmaindustrie betrachtet die Ministerin als Leitindustrie für Deutschland – als versorgungsrelevanten Wirtschaftsfaktor. Die Apo-



1 Nina Warken (CDU) beim 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig, wo sie für Bürokratieabbau, bessere Patientensteuerung durch das Primärarztssystem und die elektronische Patientenakte warb.



2 Im Bundestag: Alois Rainer (CSU) setzt bei der Ernährung auch auf Fleisch und lehnt Zwangssteuern ab, sagt er.

Fotos: picture alliance/dpa | Jan Woitas, picture alliance/dts-Agentur |

theken vor Ort, besonders auf dem Land, wo es in den letzten Jahren zu einem Rückgang von 10 bis 15 % kam, hält sie für „unverzichtbar“.

Als erste Frau aus Baden-Württemberg war sie im Mai auch zur neuen Bundesvorsitzenden der Frauen Union gewählt worden – noch bevor sie ihr neues Amt als Gesundheitsministerin antrat.

Bei der Aufklärung des „Maskenskandals“ ihres Vor-Vorgängers JENS SPAHN fährt die Ministerin momentan ihre erste Kritik ein, weil sie

die Veröffentlichung des gesamten Berichts verweigert, obwohl Spahn selbst Transparenz fordert.

Ihrem direkten Amtsvorgänger Prof. Dr. KARL LAUTERBACH entzog sie hingegen eine mehr oder minder wichtige Sondergenehmigung. Sie untersagt ihm das weitere Tischenspielen im Keller ihres Ministeriums.

Zu den dringend erforderlichen Nachbesserungen in der Versorgung und der Prävention im Diabetesbereich hat sich Warken bislang

noch nicht öffentlich geäußert. Genau wie CEM ÖZDEMIRS Nachfolger ALOIS RAINER (CSU), der neue Bundesernährungsminister. Der Metzgermeister aus dem bayerischen Haibach verfolgt eine konservative, wirtschaftsfreundliche Linie und lehnt sowohl Zucker- als auch Fleischsteuer ab. Stattdessen setzt er auf freiwillige Industrieverpflichtungen. Zudem will der 60-jährige Minister den Landwirten mehr Spielräume geben.

Angela Monecke



ZWEI ZIELE EIN WEG MIT LOKELMA®

ANZEIGE

Hyperkaliämie behandeln

RAASI-Therapie fortsetzen*¹

Hyperkaliämie-Management: Real-World-Daten bekräftigen Handlungsbedarf in Deutschland

Bereits vorhandene Real-World-Daten aus ZORA HF und TRACK zeigen, dass die Versorgung von Patient:innen mit Hyperkaliämie in Deutschland häufig nicht den internationalen Leitlinien entspricht.^{2,3} Neue ergänzende Daten unterstreichen den dringenden Handlungsbedarf.^{4,5}

NEU
Ergänzende
RWE-Daten aus
Deutschland

Daten zur deutschen Versorgungslage zeigen ein suboptimales Hyperkaliämie-Management^{4,5}

WATCH-K: Retrospektive Querschnittsanalyse

Elektronische Patient:innendaten aus Arztinformationssystemen von 2020–2023

411.202 Hyperkaliämie-Risikopatient:innen mit CKD/HF/T1DM/T2DM/HTN**

Trotz einer Prävalenz von Hyperkaliämie von ~25 % bei gemessenen Kaliumwerten erhielten 64,9 % der Risikopatient:innen keine Kaliummessung, 98 % der hyperkaliämischen Patient:innen keine Hyperkaliämie-Diagnose (ICD-10: E87.5) und 89,1 % der diagnostizierten Patient:innen keine Therapie mit Kaliumbindern.⁴

ZORA CKD: Retrospektive Beobachtungsstudie

> 4 Mio. Versichertendaten*

8.402 Patient:innen mit Hyperkaliämie, CKD und RAASI-Verschreibung

RAASI-Therapie wurde bei 43,6 % nach einem Hyperkaliämie-Ereignis reduziert oder abgesetzt! Dabei ist das Reduzieren/Absetzen von RAASI bei CKD häufig mit einem höheren Hospitalisierungsrisiko assoziiert.⁵

Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung eines leitliniengerechten, zielgerichteten und langfristigen Hyperkaliämie-Managements.^{4,5}

Wählen Sie LOKELMA®

FÜR EINE LANGFRISTIGE KALIUMKONTROLLE#⁶

LOKELMA® ist indiziert zur Behandlung einer Hyperkaliämie bei erwachsenen Patient:innen.⁷
LOKELMA® bindet hochselektiv Kalium und kann nachweislich den Kaliumspiegel i. d. R. nach einer Stunde senken sowie die Normokaliämie unter Erhaltungstherapie bis zu einem Jahr aufrechterhalten. Die mediane Zeit bis zur Normokaliämie betrug 2,2 h (Interquartilbereich 1,0 bis 22,3 h).^{7,8}
CKD = Chronische Nierenkrankheit; HF = Herzinsuffizienz; HTN = Hypertonie; RAASI = Renin-Angiotensin-Aldosteron-System-Inhibitor; RWE = Real-World-Evidenz; T1DM/T2DM = Typ 1/2 Diabetes mellitus.
* Basierend auf einer prospektiven Analyse der Veränderung des Einsatzes von RAASI während der Erhaltungstherapie einer 12-monatigen, offenen Studie. 63 % der Patient:innen schlossen die Studie vollständig ab und 74 % der Patient:innen unter RAASI-Therapie zur Baseline führten diese mit der gleichen Dosierung fort.¹ ** Jeweils und/oder + WIG2-Forschungsdatenbank. # Ergebnisse der Erhaltungstherapie unter LOKELMA®-Titration (unverblindet): 123 Patient:innen wurden in die 11-monatige, unverblindete Phase aufgenommen. Der Anteil von Teilnehmer:innen mit einem durchschnittlichen Serumkaliumspiegel ≤ 5,1 mmol/l betrug 88 %.⁴
1 Spinowitz BS et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2019; 14(6):798–809. 2 Breitbart P et al. Decisions on RAASI therapy after hyperkalemia in heart failure – insights on hospitalizations from the ZORA study. Poster präsentiert am 26.08.2024 bei den DGK Herztage, Hamburg, Deutschland. https://herzmedizin.de/uer-aerzte-und-fachpersonal/kongresse/dgk-herztage-2024/programm/sven-erffert-posterpreis/pp77.html. 3 Rauch-Kröhnert U et al. Leitlinienkonformes Management der Hyperkaliämie in Deutschland: Erste Baseline-Daten der TRACK-Studie zu Behandlungsentscheidungen und deren Implikationen in der Praxis. Poster präsentiert bei den DGK Herztage, 28.09.2024, Hamburg, Deutschland. https://herzmedizin.de/uer-aerzte-und-fachpersonal/kongresse/dgk-herztage-2024/programm/kardiologie_intersektoral/p777.html. 4 Latus J et al. Hyperkaliämie bei Risikopatient:innen in deutschen Hausarztpraxen: Prävalenz, Diagnose und Therapie (WATCH-K-Studie). Abstract vom 131. DGIM-Kongress, erschienen in: Die Innere Medizin Sonderheft 01/2025. 5 Latus J et al. Erhöhtes Hospitalisierungsrisiko bei CKD unter reduzierter RAASI-Therapie nach Hyperkaliämie: Aufschlüsse aus der ZORA-Studie. Abstract vom 131. DGIM-Kongress, erschienen in: Die Innere Medizin Sonderheft 01/2025. 6 Roger SD et al. Am J Nephrol. 2019; 50(6): 473–480. 7 LOKELMA® Fachinformation (Stand: Dezember 2023). 8 Kosiborod M et al. JAMA. 2014; 312(21): 2223–2233.
Lokelma® 5 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen / Lokelma® 10 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen
Wirkstoff: Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilicat-Hydrat (3:2:1:1:x). Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: Lokelma® 5 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: 1 Beutel enthält 5 g Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilicat-Hydrat (3:2:1:1:x). Lokelma® 10 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: 1 Beutel enthält 10 g Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilicat-Hydrat (3:2:1:1:x). Sonstige Bestandteile: keine. Anwendungsgebiet: Zur Behandlung einer Hyperkaliämie bei erwachsenen Patienten. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff. Nebenwirkungen: Häufig: Hypokaliämie, Obstipation, Ereignisse im Zusammenhang mit Ödemen. Weitere Hinweise: siehe Fachinformation. Pharmazeutischer Unternehmer: AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Dezember 2023.




DE-82277/05-25

»Wir schließen eine Versorgungslücke«

Niedergelassene Diabetologie setzt auf automatisiertes Retina-Screening

WETTER. KI-gestütztes Netzhaut-Screening – im stationären Bereich gibt es das längst. Aber augenärztliche Untersuchungen in der DSP? Der Diabetologe Dr. Stephan Schleyer aus Nordrhein-Westfalen hat die Fundusfotografie mit KI-Auswertung im niedergelassenen Bereich für den BVND auf den Weg gebracht. Und nutzt das Tool selbst mit großem Erfolg, wie er sagt.

INTERVIEW



Dr. Stephan Schleyer
Diabetologe
aus Wetter, NRW
Foto: Angela Monecke

Die KI-gestützte Fundusfotografie in der DSP bedeutet für Sie eine Win-win-Situation. Warum?

Dr. Stephan Schleyer: Die DMP-Daten zeigen, dass über 32 Prozent der Patient*innen mehr als zwei Jahre lang nicht beim Augenarzt waren. Und das, obwohl sie im DMP eingeschrieben sind und bei Menschen mit Typ-1-Diabetes die Erblindungsrate doppelt so hoch ist wie beim Typ-2-Diabetes. Seit einem Jahr erheben wir die Daten gezielt im Rahmen der standardisierten DMP-Befragung. Hier ist auch klar zu sehen, dass es einige Patient*innen gibt, die nicht bei der augenärztlichen Kontrolle waren, obwohl sie eine Überweisung hatten. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Zum Teil erscheint Patient*innen der Aufwand zum Augenarzt zu gehen zu groß, da dort ein Weittropfen des Auges erfolgt und sie für zwei bis drei Stunden nicht Auto fahren dürfen. Oftmals ist es auch schwierig, einen zeitnahen Termin zu erhalten. Ein zunehmendes Problem ist auch, dass es immer weniger Augenärzt*innen gibt und die Praxen teilweise 30 bis 40 Kilometer entfernt vom Wohnort liegen. Mein Ansatz in Zusammenarbeit mit dem BVND: Die KI-gestützte Funduskopie ist mittlerweile eine sehr valide Screening-Methode. Es gibt Real-World-Daten, die zeigen, dass sie dem Untersuchungsbefund von Netzhautspezialist*innen gleichwertig ist. Das heißt: Die KI arbeitet mindestens ebenso gut, manchmal sogar besser als erfahrene Kolleg*innen, wobei dieses Verfahren als Screening-, aber nicht als Diagnose-Methode sehr geeignet ist. In einigen Ländern wie in Dänemark, der Schweiz, Österreich, England und Schweden ist sie bereits erfolgreich im Einsatz.

Was genau wird untersucht?

Dr. Schleyer: Die Screening-Methode stellt fest, ob zum Beispiel

mehr als eine milde Retinopathie vorliegt, also ob die untersuchte Person mit einer relevanten Augenkrankung zur Augenärztin oder zum Augenarzt muss. Die Wartezeit ist dadurch geringer.

Die Risikopatient*innen, die Sie screenen, haben Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, sind im DMP oder nicht?

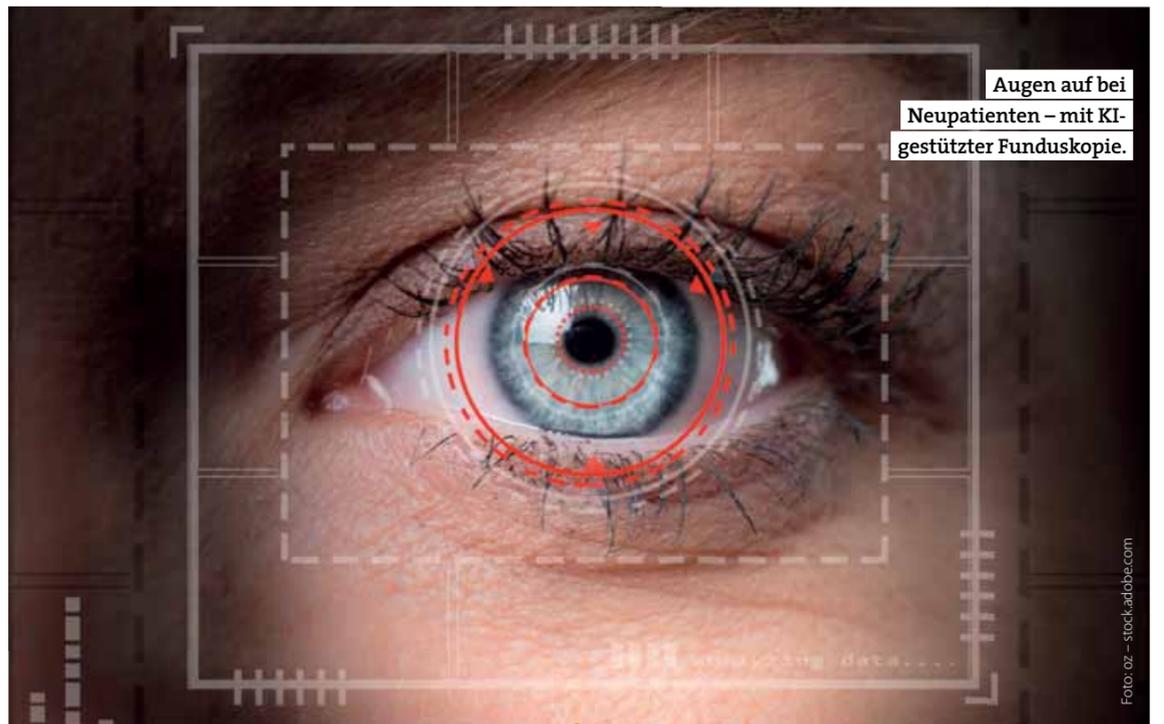
Dr. Schleyer: Richtig. Wer auch immer mit Diabetes neu in die Praxis kommt, kann bei uns gescreent werden. Das hat viele Vorteile, zum Beispiel müssen wir bei einem entgleisten Diabetes viel vorsichtiger die Blutzuckerwerte senken, um somit keine vorzeitige Retinopathie-Verschlechterung auszulösen. Oder bei Schwangeren mit vorbestehendem Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, die vor Eintritt, mit Schwangerschaft und in der 28. Woche erneut gescreent werden müssen. So schnell bekommen sie dafür aber keinen Termin beim Augenarzt.

Wo genau liegt der Unterschied zwischen dem KI-basierten und dem bisherigen Netzhaut-Screening?

Dr. Schleyer: Die KI-basierte Auswertung erfolgt aufgrund von Hunderttausenden, teilweise Millionen hinterlegten Daten. Diese Auswertung gilt mittlerweile als exzellent und wird auch in anderen Bereichen der Augenheilkunde eingesetzt. Gerade bei der Bildbewertung funktioniert die KI sehr gut.

Wie läuft das Screening bei Ihnen in der Schwerpunktpraxis ab?

Dr. Schleyer: Ein Patient mit beispielsweise einem entgleisten Typ-1-Diabetes kommt zu uns neu in die Praxis, und wir sollen die Therapie einleiten. Sofern er keinen aktuellen Augenbefund mitbringt, diesen zu erheben. Liegt eine Vorschädigung vor, sorgen wir für eine schnelle Überweisung mit Terminvermittlung zum Augenarzt und werden versuchen, die Blutzuckersenkung vorsichtig vorzunehmen, um keine Einblutung im Auge bzw. vorzeitige Netzhautverschlechterung zu riskieren. Wir haben damit sofort eine große Therapiesicherheit und keine Verzögerung. Oder eine jüngere Person mit Typ-2-Diabetes wird gescreent, die aufgrund ihrer Berufstätigkeit wenig Zeit hat und dankbar ist, dass wir das machen.



Augen auf bei Neupatienten – mit KI-gestützter Funduskopie.

Diabetes im Auge behalten

Die KI-basierte Funduskopie analysiert automatisch mittels künstlicher Intelligenz digitale Aufnahmen des Augenhintergrunds (Netzhaut, Sehnerv, Makula, Blutgefäße). Damit lassen sich krankhafte Veränderungen frühzeitig erkennen. Die Untersuchung erfolgt meist mit einer speziellen Kamera (Funduskamera), die u. a. eine diabetische Retinopathie und

ein Glaukom erkennen kann. Der BVND bietet über seine Genossenschaft DiaMed eG ein komplettes KI-Abopaket für Mitgliedspraxen an.

Weitere Informationen:
info@diamed-eg.de



Wer übernimmt das Screening – die MFA?

Dr. Schleyer: Ja, die Untersuchung ist komplett delegierbar. Die MFA screent die Patient*innen mithilfe der integrierten Kameras, eine Minute später liegt der ausgewertete Befund auf mögliche diabetische Netzhautschäden, Makuladegeneration und Glaukom vor. Die KI zeigt zudem an, ob die Bildqualität gut genug ist. Falls nicht, wird das Screening wiederholt. Pro Auge werden zwei Aufnahmen gemacht, eine von der Pupille, eine vom Sehnerv und diese sehr schnell und zuverlässig ausgewertet. Ich schaue mir jedes Bild auch selbst aus Interesse an. Aber natürlich benötigen wir den augenärztlichen Back-up. Bevor wir die Methode in unserer Praxis eingeführt haben, gab es ein Gespräch mit einem Augenarzt vor Ort, und er hielt unser Vorgehen für eine gute Idee. Wir schließen eine Versorgungslücke, die aktuell klar besteht.

Eine klassische Kontrolluntersuchung bieten Sie aber nicht an, etwa für Patient*innen, die schon in augenärztlicher Behandlung sind bzw. aufgrund einer diabetischen Retinopathie schon gelasert wurden?

Dr. Schleyer: Nein, das ist Sache der Augenärzt*innen. Wir wollen, dass ihnen die richtigen Patient*innen zugeführt werden bzw. überlastete Kolleg*innen unterstützen. Wir hatten schon zwei Fälle, bei denen die KI den Verdacht auf ein Glaukom festgestellt hat und die wir schnellstmöglich in die augenärztliche Praxis überweisen konnten. Die Bilddaten

wurden dann über die Software verschickt.

Was halten Ihre Kolleg*innen von dem Screening in der Schwerpunktpraxis?

Dr. Schleyer: Besonders Betreiber mittlerer und großer Schwerpunktpraxen halten das KI-unterstützte Screening für sehr sinnvoll. Die Daten sind ja eindeutig: Über 30 Prozent der Patient*innen werden augenärztlich nicht untersucht. In Niedersachsen sind es sogar 38 Prozent, die über zwei Jahre nicht bei der Kontrolle waren. Auch im Rahmen einer Schwangerschaft bei vorbestehendem Diabetes Typ 1 oder Typ 2 ist dieses Netzhautscreening essenziell. Erst vor Kurzem hat sich bei einer Typ-1-Diabetes-Patientin eine plötzliche Netzhautveränderung gezeigt, die wir sonst nicht so schnell entdeckt hätten. Ein Netzhautscreening in der DSP ist oftmals notwendig.

Aber keine Kassenleistung. Was kostet das Screening?

Dr. Schleyer: 28,40 Euro in unserer Praxis. Welchen Preis andere Praxen für die Untersuchung nehmen, ist selbstverständlich deren Sache und von deren Untersuchungsfrequenz abhängig. Wir möchten jedenfalls nicht, dass die Kosten Patient*innen daran hindern, diese wichtige Untersuchung durchführen zu lassen.

Wie viele Patient*innen haben Sie schon untersucht?

Dr. Schleyer: Seit Anfang Dezember 2024 waren es 486 Patient*innen,

alles Fälle, die keinen Termin beim Augenarzt bekommen hatten.

Der BVND bietet über DiaMed, die Genossenschaft der niedergelassenen Diabetolog*innen, für Praxen nun ein Abo-Paket für die KI-unterstützte Funduskopie an. Was beinhaltet es?

Dr. Schleyer: In dem Paket ist hauptsächlich eine Kamera eines Marktführers für optische Geräte zu einem sehr guten Preis enthalten, mit der diese Untersuchung entsprechend günstig ist. Wir können damit ein Screening für unter 30 Euro anbieten, haben Raum- und Personalkosten schon bezahlt, und es bleibt sogar noch ein bisschen Gewinn übrig. Die Einführung des Screenings bedeutet für die Praxis eine sehr wichtige Erweiterung des Spektrums und erhöht deutlich die Qualität und Sicherheit der Betreuung.

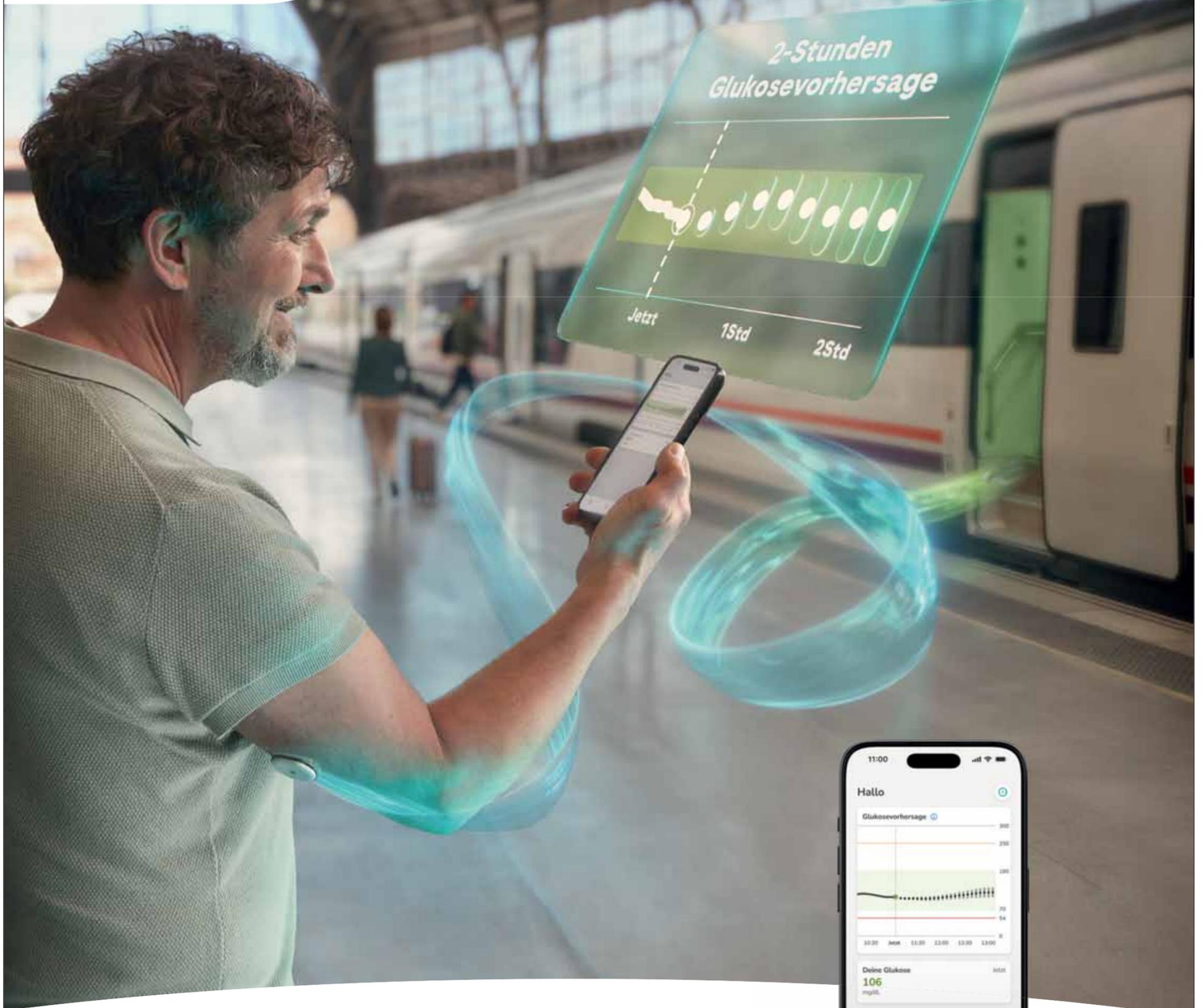
Was sind die nächsten Schritte?

Dr. Schleyer: Das Komplett-Angebot von DiaMed wird nun an die Mitgliedspraxen des BVND herausgegeben. Inzwischen sind schon mehrere Geräte bestellt. Es gibt einige Regionen in Deutschland, die komplett unterversorgt sind. Die diabetische Retinopathie und auch das Glaukom gehören zu den häufigsten vermeidbaren Erblindungsursachen. Es geht um die Patient*innen, die sonst durchs Raster fallen würden. Und es gibt einem einfach ein gutes Gefühl, ihnen zu helfen, dass sie keine schweren Sehstörungen entwickeln oder gar erblinden.

Interview: Angela Monecke

»Es geht um die Patient*innen, die sonst durchs Raster fallen«

ACCU-CHEK®
SmartGuide



Einfach **vorbereitet.**

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



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

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



Mit „Vollampf“ in die Diabetologie:
die Reisestipendiat*innen des Diabetes Kongresses 2025.



Das war der Diabetes Kongress in Zahlen

- **59. Jahrestagung** der Deutschen Diabetes Gesellschaft
- **6.200 Teilnehmende** vor Ort und online
- **180 Stunden** wissenschaftliches Programm
- **500 Referierende und Vorsitzende**
- **120 Reisestipendiat*innen**, viele Veranstaltungen speziell für den Nachwuchs
- **400 Teilnehmende** beim Diabetes-Lauf



Treffpunkt Fahrstuhl: Das Kongressteam zeigte sich an allen Kongresstagen gut gelaunt.



Gute Stimmung bei der Eröffnungsveranstaltung:
Sabrina Vité, Barbara Bitzer und Prof. Dr. Andreas Neu (v.l.n.r.).



Die Workshops boten erneut die Gelegenheit für intensives und themenspezifisches Arbeiten in kleinen Gruppen.



Die Posterausstellung war an allen Tagen gut besucht.



Hier läuft der Kongresspräsident mit!
Beim Diabetes-Lauf gingen 400 Teilnehmende für einen guten Zweck an den Start.



Diabetes mehrdim

Beim Diabetes Kongress w

BERLIN. Das Kongressmotto „Neue Dimensionen. Innovativ.“ wurde von Kongresspräsident Prof. Marius Hummel und Sabrina Wangler und dem Programmkomitee erlebbar wurde das Motto bei den vier Tagen des Kongresses. In der Eröffnungsvorrede von Prof. Heni folgte, bewusst in Verbindung mit dem Motto, dass es eine wunderbare Gelegenheit, den eigenen Horizont zu erweitern. Prof. Rolf Drechsler sprach über die Grenzen der Diabetologie und ganz anderer Art taten sich auf beim Kongress. Am Mittwoch und während des Kongresses standen sportliche Betätigungen im Mittelpunkt.



Das Wasserwerk in Berlin war eine beeindruckende Kulisse für die DDG Night.



Dr. Georg Kippels, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, und Prof. Dr. Julia Szendrödi kamen bei der DDG Night gleich ins Gespräch.





DIABETES KONGRESS 2025 DDG Diabetologie multidimensional

Ein vielseitiges Programm

... der Diabetologie. Individuell. Interdisziplinär. ... von den Kongresssekretärinnen Dr. Julia ... am Komitee mit Leben gefüllt. Auf besondere ... „Battles of the Experts“ – und auch wer dem ... inhaltlich uninteressante Symposien zu gehen, ... n. Ebenso bot die Eröffnungsveranstaltung ... einen Horizont zu erweitern: Professor Dr. ... n und Potenziale von KI. Dimensionen ... m Diabetes-Lauf, beim Get-together ... der DDG Night am Freitag: Hier ... gung, Austausch und Freu- ... telpunkt.



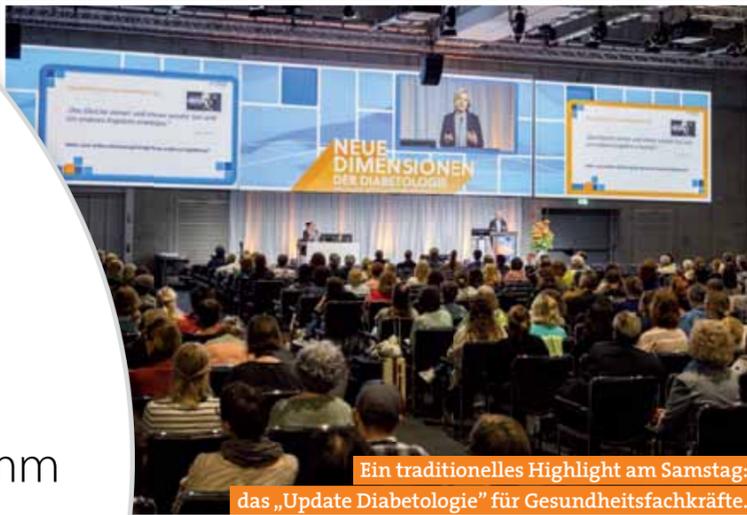
Verena Bentele (Mitte), Präsidentin des Sozialverbands VdK, diskutierte mit uns über soziale Teilhabe und Gerechtigkeit.



Die AG Diabetes & Technologie feiert in diesem Jahr 20-jähriges Bestehen. Dr. Sandra Schlüter, Dr. Guido Freckmann und Dr. Tobias Wiesner nahmen die Glückwünsche entgegen (v.l.n.r.).



Begrüßte die rund 6.200 Teilnehmenden: Professor Dr. Andreas Fritsche, DDG Past-Präsident.



Ein traditionelles Highlight am Samstag: das „Update Diabetologie“ für Gesundheitsfachkräfte.



Die Schirmherren der AG Nachwuchs begrüßen die 120 Reisetestipendiat*innen: Dr. Cornelia Woitek, Prof. Dr. Annette Schürmann und Univ.-Prof. Dr. Jochen Seufert (v.l.n.r.).



Ausgezeichnet mit der Ehrennadel in Gold der DDG: Professor Dr. Baptist Gallwitz (Mitte, mit Prof. Heni und Prof. Fritsche).



Die Paul-Langerhans-Medaille erhielt Professorin Dr. Annette Schürmann. Rechts: Laudator Prof. Seufert.

Fotos: DDG/Dirk Deckbar



Hier ging es zur Sache: Die Battles of the Experts waren gut besucht..



»Wir brauchen mehr politischen Mut.« – Beim DANK-Symposium stand die Verhältnisprävention im Fokus.



Nachwuchsprogramm: Man lernt sich kennen, knüpft Kontakte ...

Foto: DDG/Dirk Deckbar

Diabetes Kongress: Was nehmen die Stipendiat*innen mit? Wollen sie in der Diabetologie durchstarten?

BERLIN. Rund 120 junge Menschen aus der Medizin und weiteren Fachgebieten sind mithilfe eines DDG Reisestipendiums zum Kongress gekommen. Wie haben sie den Kongress erlebt?

Frage 1 „Neue Dimensionen der Diabetologie“ war das Kongressmotto. Welche Dimensionen im Programm haben Sie besonders beeindruckt?

Frage 2 Die Medizin ist im Umbruch. Welche Einblicke haben Sie in diesen Umbruchprozess mit seinen innovativen Ansätzen erhalten?

Frage 3 Was wird Ihnen abseits des wissenschaftlichen Programms besonders in Erinnerung bleiben? Wovon werden Sie nachhaltig profitieren?

Frage 4 Welche Strukturen und Rahmenbedingungen braucht es, damit sich mehr junge Menschen für die Diabetologie begeistern?

Frage 5 Werden Sie einen beruflichen Weg in der Diabetologie anstreben oder fortsetzen?

1. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit macht die Diabetologie für mich zu einem besonders interessanten Fach. Dies war für mich im Rahmen des Nachwuchsprogramms deutlich zu spüren, wo unter anderem Medizinstudierende, Ernährungswissenschaftler*innen, Bioinformatiker*innen und Grundlagenforscher*innen zusammenkamen.

Miriam

Besonders beeindruckt hat mich der interdisziplinäre Ansatz der Diabetologie: Nicht nur Ärzt*innen, sondern auch Diabetesberater*innen, Ernährungsberater*innen, Pflegekräfte und Forschende sind beteiligt.

Marta

Die inhaltliche Vielfalt - von Grundlagenforschung bis hin zu psychologischen und technologischen Aspekten hat mich besonders beeindruckt. Der Vortrag zur Rolle von KI hat gezeigt, wie sehr sich Praxis und Forschung im Wandel befinden.

Hatice

2. Ich empfand die innovativen Ansätze in der Diagnostik von Folgeerkrankungen spannend. Zudem haben mich die Vorträge zur Prävention von Diabetes, wobei auch Studienansätze mit politischem Handlungspotenzial aus den Nachbarländern beleuchtet wurden (Zuckersteuer etc.), nachhaltig zum Nachdenken angeregt. Der Austausch zwischen den Expert*innen, aber auch im Anschluss mit den Stipendiat*innen, war sehr interessant.

Tom

Oft konzentriert sich die Diskussion um künstliche Intelligenz in der Medizin darauf, inwieweit sie ärztliche Tätigkeiten ersetzen oder ergänzen

wird. Besonders positiv fand ich, dass auf dem Kongress auch ein meistens weniger beachteter Aspekt thematisiert wurde: Wie sollten Ärzt*innen damit umgehen, wenn Patient*innen sich zunehmend medizinischen Rat bei KI-Systemen holen? Diese Fragestellung ist aus meiner Sicht genauso hochrelevant, da sie die Arzt-Patienten-Beziehung auf eine neue Probe stellt.

Timea

Zum einen hat mich besonders die Entwicklung in Richtung einer individuellen Präzisionsmedizin wieder beeindruckt. Zudem fand ich es wieder großartig, wie auch dieses Jahr beim Kongress ein großer Fokus nicht nur auf medikamentöser Therapie und Forschung lag, sondern auch viel zum Thema Ernährung, Sport und Lifestyle angeboten wurde als Ergänzung, wenn nicht gar Ersatz für die etablierte Medikation.

Hannah

3. Mir wird in Erinnerung bleiben, wie viele tolle und interessante Menschen – von weiteren Stipendiat*innen bis zu Referent*innen – ich auf dem Kongress kennenlernen durfte. Von neuen Freundschaften, die ich geschlossen habe, bis zu einer potenziellen Doktorarbeit, die ich über den Kongress gefunden habe, war alles dabei.

Greta

Die Begeisterung, mit der Erfahrungen geteilt wurden, haben mich motiviert und mir neue Inspiration gegeben. Ein weiteres Highlight war für mich der Diabetes-Lauf, der einerseits eine schöne Zusatzaktivität ist und darüber hinaus den Aspekt Prävention noch einmal verdeutlicht.

Philipp

4. Um junge Mediziner*innen für die Diabetologie zu begeistern, könnten praxisnahe Einblicke im Studium, strukturierte Mentoring-Programme und gute Forschungsangebote helfen. Flexible Arbeitsmodelle und klare Karrierewege würden weitere Anreize schaffen. Wichtig ist auch die Sichtbarkeit in Form von engagierten Vorbildern.

Lara

Die wichtigste Rahmenbedingung wäre aus meiner Sicht eine bessere Etablierung der Erkrankung Diabetes im Studium. Im Normalfall hört man während des klinischen Studiums eine bis zwei Vorlesungen dazu, was der Relevanz in meinen Augen nicht gerecht wird.

Oliver

5. Hierauf möchte ich mit einem ganz klaren „Ja“ antworten. Seit meinem zwölften Lebensjahr möchte ich Kinderärztin werden, um Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes bestmöglich helfen zu können. Auch während meines Erststudiums der Psychologie hat sich dieser Wunsch nie geändert. Ich empfinde die Diabetologie als ein tolles interdisziplinäres Fach, welches auch in Zukunft von großem gesellschaftlichen Interesse sein wird.

Larissa

Ja, ich kann mir sehr gut vorstellen, meine berufliche Zukunft in der Diabetologie weiterzuverfolgen. Die Mischung aus innovativer Forschung, praxisrelevanter Therapie und Patientennähe ist für mich als Medizinstudent und Apotheker gleichermaßen motivierend und zukunftsweisend.

Joel

Lust auf die Diabetes Herbsttagung?

Für die Diabetes Herbsttagung 2025 (7./8. November, Mannheim) vergibt die DDG 80 Stipendien (u. a.: Eintritt, Reisekosten, separates Stipendienprogramm). Bewerbungsschluss ist der 22. August.

ddg.info/foerderung-stipendien-nachwuchs/reise-stipendien-diabetes-herbsttagung



DDG macht Politik

Klärwerksausbau sollte nicht die Versorgung mit Metformin gefährden

Die kommunale Abwasserrichtlinie sieht vor, Klärwerke mit einer vierten Reinigungsstufe auszustatten, um Mikroschadstoffe – darunter auch Arzneimittelrückstände aus Patientenausscheidungen – besser zu entfernen. Mindestens 80% der Kosten für den Ausbau sollen laut EU-Richtlinie von der Pharma- und Kosmetikindustrie getragen werden. Besonders davon betroffen wäre nach Darstellung des Branchenverbandes Pro Generika Metformin. Dessen Kosten würden sich um 445% erhöhen – und Produktion wie Vertrieb des niedrigpreisigen Präparats

unwirtschaftlich machen. Zögen sich die Anbieter vom hiesigen Markt zurück, müssten drei Millionen Patient*innen auf teurere Alternativen ausweichen. Der Ausschuss Pharmakotherapie der DDG hat zu einer möglicherweise drohenden Mangelversorgung Stellung bezogen: Patient*innen könnten nicht risikolos auf andere Antidiabetika umgestellt werden. Hinzu käme ein drastischer Anstieg der Therapiekosten durch patentgeschützte Arzneimittel. „Diese von der Politik bisher anscheinend nicht erkannte Brisanz der Lage fordert zum sofortigen Handeln auf.“



Foto: Aditya – stock.adobe.com

Einsatz moderner Diabetestechologie muss den DSP angemessen vergütet werden

Moderne Technologien wie rtCGM oder AID-Systeme haben die Qualität der Diabetesversorgung revolutioniert. Sie ermöglichen eine personalisierte, präzise Therapie. Diese kann die Glukoseregulation und die Lebensqualität der Patient*innen erheblich verbessern. Die damit verbundene Schulung, Beratung und Therapieanpassung in den Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) beanspruchen jedoch weit mehr Zeit als eine Standardversorgung. Vor allem der Zeitaufwand für das Umstellen auf ein AID-System ist enorm. Zudem entstehen Kosten für die Weiterbildung des medizi-

nischen Teams, technische Ausstattung und Software zur Datenverwaltung. Ohne Honorierung des Mehraufwands werde diese Spezialisierung zunehmend zur wirtschaftlichen Belastung und der Beruf verliere an Attraktivität, warnen DDG, BVND und diabetesDE. Die Unterfinanzierung verhindere, dass Praxen in die notwendige Infrastruktur investieren können. Die Organisationen fordern eine Anpassung der Vergütungssysteme, Förderprogramme zur Unterstützung der Praxen sowie mehr öffentliche Aufmerksamkeit für die Bedeutung der ambulanten Diabetologie.

Verbraucher*innen erwarten von der Politik, dass sie eine gesunde Ernährung fördert

Eine vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) beauftragte internetrepräsentative Umfrage bei 1.001 Personen ab 16 Jahren hat ergeben:

- 91% halten es für sehr oder eher sinnvoll, die Mehrwertsteuer auf gesunde Lebensmittel wie Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte abzuschaffen.
- 89% sprechen sich für strengere Werbebeschränkungen für Produkte mit viel Fett, Zucker und Salz zum Schutz von Kindern aus.
- 79% befürworten eine Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke, um Hersteller ggf. zu motivieren, den Zuckergehalt zu reduzieren.

Die Allianz Nichtübertragbarer Krankheiten (DANK) sieht sich durch die Umfrageergebnisse in ihrer Haltung und in ihren Forderungen

gen bestätigt: Die Mehrheit in Deutschland akzeptiere politische Maßnahmen für eine gesündere Ernährung. Der Vorbehalt, Ansätze der Verhältnisprävention würden bei den Konsument*innen nicht gut ankommen, finde in der Umfrage keine Bestätigung.



Foto: mitzina – stock.adobe.com

Fundiertes Diabeteswissen in Reha-Kliniken

Seit Januar: Diabetesfachkräfte in Einrichtungen der DRV verpflichtend

BERLIN. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) verstärkt das therapeutische Personal in ihren Reha-Kliniken: Seit Januar müssen die Fachabteilungen für Kardiologie und Gastroenterologie mit Schwerpunkt Diabetologie in den Reha-Kliniken der DRV nun zusätzlich Diabetesberater*innen sowie Diabetesassistent*innen beschäftigen.

Rund 7.000 Menschen nahmen 2023 eine Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung wegen einer Diabeteserkrankung in Anspruch. „Infolge der steigenden Zahlen von Menschen, die an Diabetes mellitus leiden, nimmt auch die Zahl hiervon betroffener Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu: Hierauf hat die Deutsche Rentenversicherung mit einer aktualisierten Strukturanforderung reagiert“, erklärt BRIGITTE

Gross, Direktorin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Konkret bedeutet das: Reha-Kliniken mit den Fachabteilungen Gastroenterologie und Kardiologie, die besonders viele und immer mehr Menschen mit Diabetes mitbehandeln, müssen seit Januar 2025 in den Teams der Ernährungstherapie neben Fachkräften der Bereiche Diätassistenz oder Oecotrophologie nun auch Personal beschäftigen, das für Diabetesberatung und Diabetesassistenz qualifiziert ist. Dies gilt sowohl für stationäre als auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen.

Gezielte Betreuung für nachhaltigen Reha-Erfolg

Die verpflichtende zusätzliche Einbindung von Diabetesfachkräften

erfüllt nicht nur eine formale Anforderung. Sie sichert auch den steigenden Bedarf an spezialisierter Beratung und Begleitung von Menschen mit Diabetes mellitus. „Moderne Medikamente, neue Technologien wie Insulinpumpen oder kontinuierliche Glukosemessung – all das verlangt fundiertes Wissen und gezielte Anleitung durch qualifiziertes Personal“, so Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI, Präsidentin der DDG, Heidelberg. Auch ermöglicht die neue Strukturanforderung, dass in den diabetologischen Fachabteilungen der Reha-Kliniken ärztliche Leistungen delegiert werden können. Die durch die DDG ausgebildeten Diabetesfachkräfte stärken somit das Reha-Team in seinen therapeutischen Maßnahmen, erleichtern die Lebensstilumstellung der Betroffenen, sichern das Diabetesmanagement und spielen eine wichtige Rolle bei der strukturierten Schulung und Beratung für das lebenslange Selbstmanagement. Dadurch verbessern sie nachhaltig den Erfolg der Rehabilitation und legen die Basis für die Stärkung der Patientenkompetenz



Informationen rund um die Reha

- **Reha-Antrag:** auf www.deutscherentenversicherung.de herunterladen oder Antrag unter www.eservice-drv.de direkt online stellen
- **Informationen** z.B. auf www.drv-reha.de (Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“) einsehen

und eine nachhaltige Änderung des Lebensstils.

Reha bei Diabetes in jeder Erkrankungsphase möglich

Ziel einer Reha der Deutschen Rentenversicherung ist, dass die Rehabilitand*innen erwerbsfähig bleiben oder wieder werden. Angezeigt ist sie, wenn die diabetesbedingten Funktions- und Teilhabestörungen die berufliche Tätigkeit bedrohen oder die Erwerbsfähigkeit bereits gefährdet ist. „Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 können dank multimodaler Behandlungsansätze im interdisziplinären

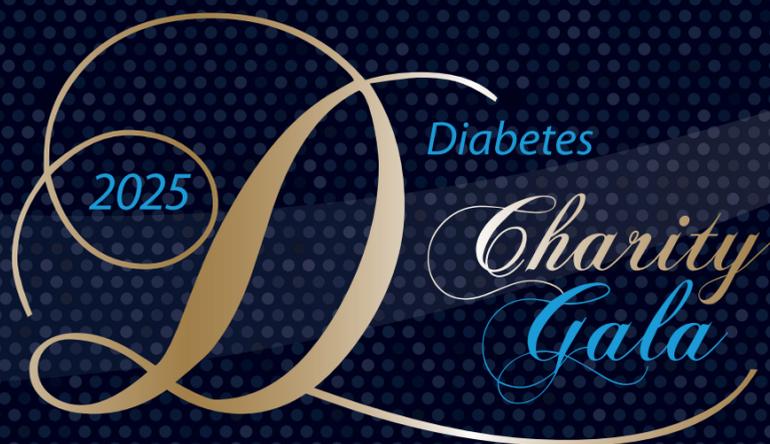
Team in jeder Erkrankungsphase und auch wiederholt behandelt werden. Damit leistet die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung in der sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus als unterstützende Therapieoption im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie einen wichtigen Beitrag“, sagt Brigitte Gross.

Mit der Verstärkung des Personals um Diabetesfachkräfte reagiert die DRV auf die steigende Zahl von Menschen, die mit der Diagnose Diabetes in den Kliniken behandelt werden. Die DDG begrüßt die Neuerung in den Einrichtungen der DRV, verbessert sie doch die flächendeckende Versorgung und stärkt die hohe Fachkompetenz der DDG Qualifikationen. *DDG/Red.*

Mehr über die Weiterbildung zur Diabetesassistenten oder Diabetesberatung und die Weiterbildungsstipendien der DDG unter www.ddg.info/diabetesedukation.



»Mehr Menschen mit Diabetes in Reha-Kliniken«



Diabetes-Charity-Gala – Jetzt anmelden!

Zum ersten Mal in 14 Jahren: die Diabetes-Charity-Gala 2025 öffnet ihre Türen für alle Interessierten. Erleben Sie einen unvergesslichen Abend mit Prominenten, Showacts, bewegenden Geschichten und der feierlichen Verleihung des Thomas-Fuchsberger-Preises – und das alles für eine wichtige Sache: Diabetes ins Zentrum der Gesellschaft zu rücken.

Sie machen sich bereits stark für das Thema Diabetes? Ob Sie als Ärztin, Arzt, Diabetesberater*in oder in einer anderen Funktion Menschen mit Diabetes begleiten und sich für Aufklärung und Prävention engagieren oder privat betroffen sind – **der Erwerb von Tickets zur Gala, sei es für sich selbst, die Familie, Freunde oder Ihr Team, unterstützt zusätzlich die Arbeit des Veranstalters diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.**



TIPI am Kanzleramt | Große Querallee, 10557 Berlin | 9. Oktober 2025 | Einlass: 18:00 Uhr | Beginn: 19:00 Uhr

Für mehr Infos und Tickets QR-Code scannen und anmelden!

Auf der Anmeldeseite finden Sie auch ein Video der letztjährigen Gala: www.diabetes-gala.de

Veranstalter:



Medienpartner:



Ungewöhnliche Kombinationen, die überraschen

Wissenschaft ist ein kreatives Feld – das zeigen Forschende des DZD immer wieder

NEUHERBERG. Wird der GIP-Rezeptor gleichzeitig blockiert und aktiviert, unterstützt dies den Gewichtsverlust. Warum das so ist, haben DZD-Forschende ebenso untersucht wie die Wirksamkeit von AID-Systemen bei Typ-1-Diabetes. Die Wissenschaftler*innen des DZD sind eben sehr breit aufgestellt und auf vielen verschiedenen Forschungsgebieten unterwegs. Was gibt es sonst noch Neues? Auch bei älteren Menschen lassen sich die sechs Risikogruppen für Typ-2-Diabetes identifizieren. Außerdem wurde ein neuer Kommunikationsweg zwischen Immunsystem und Stoffwechsel entdeckt.

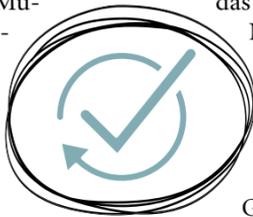


DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Aktivierung und Blockade

Dass GLP1-Agonisten wie Semaglutid bei der Gewichtsreduktion helfen, ist gut untersucht. Noch stärkere Effekte zeigen sich, wenn zusätzlich der GIP-Rezeptor stimuliert wird. Überraschend ist: Auch Medikamente, die den GIP-Rezeptor blockieren – GIPR-Antagonisten –, können in Kombination mit GLP1-Agonisten das Gewicht senken.

Wie GIPR-Antagonisten ihre Wirkung entfalten, war bislang unklar. Ein Team von Helmholtz Munich, dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) und der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) hat nun herausgefunden, warum die gleichzeitige Aktivierung und Blockade des GIP-Rezeptors die Gewichtsabnahme fördert. In ihrer Studie haben die Forschenden unter Leitung des DZD-Wissenschaftlers Professor Dr. TIMO MÜLLER transgene Mäuse eingesetzt, bei denen der GIP-Rezeptor in GABAergen Neuronen gezielt ausgeschaltet worden ist. Zusätzlich führten sie Einzelzell-RNA-Sequenzierungen (scRNA-seq) bei Wildtyp-Mäusen durch.



„Unsere Studie zeigt, dass GIPR-Agonisten und -Antagonisten zwar beide zu Gewichtsverlust und geringerer Nahrungsaufnahme führen. Dies geschieht jedoch über völlig unterschiedliche und voneinander unabhängige Mechanismen. Unsere Arbeiten erklären, wie GIPR-Agonisten und -Antagonisten im Gehirn wirken, um den Energiestoffwechsel zu regulieren“, sagt Prof. Müller. So ist der Effekt von GIPR-Agonisten nur möglich, wenn das GIPR-Signal in GABAergen Neuronen im Gehirn intakt ist. „Bei GIPR-Antagonisten spielt dieses Signal hingegen keine Rolle“, ergänzt Professor Dr. MATTHIAS TSCHÖP, CEO und Wissenschaftlicher Geschäftsführer von Helmholtz Munich. „Umgekehrt gilt: Die Wirkung von GIPR-Antagonisten hängt entscheidend von einer funktionierenden GLP1R-Signalübertragung ab, während GIPR-Agonisten davon unabhängig wirken“, sagt ROBERT GUTGESELL, der gemeinsam mit AHMED KHALIL Erstautor der Publikation ist. *DZD*

Gutgesell RM et al. Nat Metab 2025 Apr 29; doi: 10.1038/s42255-025-01294-x

Risiko nun auch bei Älteren identifizierbar

Forschende des DDZ belegen in Kooperation mit Helmholtz Munich in einer aktuellen Studie, dass sich bei Personen ohne Diabetes sechs Risikogruppen für Typ-2-Diabetes und kardiometabolische Komplikationen, die zuvor bei mittleren Altersgruppen identifiziert wurden, auch bei älteren Menschen nachweisen lassen.

Im Rahmen der prospektiven Bevölkerungsstudie KORA F4/FF4 wurden 843 Personen, 61 bis 82 Jahre alt, ohne Typ-2-Diabetes, sechs Risikogruppen (Clustern) zugeordnet. Die Cluster wurden initial von Professor Dr. ROBERT WAGNER, Leiter des Klinischen Studienzentrums des Instituts für Klinische Diabetologie und stellvertretender Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, und Mitarbeitenden beschrieben. Sie unterscheiden sich hinsichtlich des Risikos für



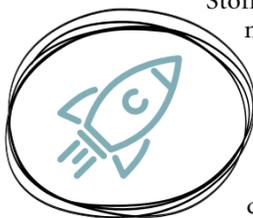
Typ-2-Diabetes und (prä-)diabetesbedingte Folgeerkrankungen. Cluster 2 („sehr niedriges Risiko“) wies das geringste Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die niedrigsten Entzündungswerte auf, während Cluster 5 („hohes Risiko mit insulinresistenter Fettleber“) sowohl die höchsten Entzündungswerte als auch eine hohe Krankheitslast zeigte. Die Häufigkeit der Neuerkrankungen für Typ-2-Diabetes war in den Clustern 3, 4, 5 und 6 signifikant erhöht im Vergleich zu Cluster 2. Basierend auf 73 Markern wurde ein Entzündungsindex (inflammatorische Last) abgeleitet. Diese Last war insbesondere in Cluster 5 deutlich erhöht, was auf umfassende Entzündungsprozesse als mögliche Treiber von Stoffwechsellstörungen hindeutet. *DZD*

Huemer MT et al. Cardiovasc Diabetol. 2025 Feb 19; 24(1): 83; doi: 10.1186/s12933-025-02617-8

Immunmodulation eröffnet neue Wege

Übergewicht und Adipositas bringen zahlreiche gesundheitliche Risiken mit sich, darunter eine chronische, geringgradige Entzündung, die mit einer kalorienreichen Ernährung in Verbindung steht. Doch wie interagieren das Immunsystem und der Stoffwechsel miteinander?

In einer Studie unter der Leitung von Forschenden beim DZD-Partner Helmholtz Munich wurde nun ein wichtiger Kommunikationsweg identifiziert: regulatorische T-Zellen (Tregs) im Hypothalamus. Die Untersuchungen zeigen, dass Tregs nicht nur eine bereits bekannte essenzielle Rolle in der Immunregulation spielen, sondern auch die Kontrolle des Stoffwechsels unterstützen können, wenn sie im hypothalamischen Gewebe von Mäusen angereichert sind. Ihre Präsenz dort ist entscheidend, um die Immunaktivierung von Mikroglia und eingewanderten Makrophagen bei



hyperkalorischer Ernährung zu begrenzen. Diese Entdeckung trägt zu einem Paradigmenwechsel in den Bereichen Stoffwechselforschung und Immunologie bei: Während die Rekrutierung von T-Zellen ins Gehirn vormals als schädlich galt, kann die Präsenz von Tregs im Hypothalamus vorteilhaft sein. „In dieser Veröffentlichung zeigen wir erstmals, dass schützende regulatorische T-Zellen (Tregs) die Immunaktivierung im Hypothalamus regulieren und metabolischen Beeinträchtigungen durch hyperkalorische Ernährung entgegenwirken“, erklärt die leitende Autorin Professor Dr. CAROLIN DANIEL. „Unsere Erkenntnisse könnten zur Entwicklung einer präzisen, Treg-zentrierten Immunmodulation für Stoffwechselerkrankungen beitragen.“ *DZD*

Becker M et al. Nat Commun 2025 Mar 20; 16(1): 744; doi: 10.1038/s41467-025-57918-z

AID-Systeme: Meta-Analyse belegt Wirksamkeit

Im Fokus einer Analyse von Forschenden des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) standen Hybrid-Closed-Loop (HCL)-, Advanced-Hybrid-Closed-Loop (AHCL)- und Full-Closed-Loop (FCL)-Systeme, auch bekannt als künstliche Bauchspeicheldrüsen. Wie die Studie des DDZ zeigt, erhöhten die AID-Systeme im Vergleich zur klassischen Pumpentherapie die Zeit im angestrebten Zielbereich.

Bei den AHCL-Systemen, den zurzeit in Deutschland gebräuchlichsten AID-Systemen, lag die Steigerung im Schnitt bei 24%. Gleichzeitig verringerten AHCL-Systeme die Zeit mit erhöhten Glukosewerten (> 180 mg/dl) sowie mit stark erhöhten Werten (> 250 mg/dl) im Vergleich zur klassischen Pumpentherapie. Der HbA_{1c}-Wert verbesserte sich ebenfalls unter Verwendung der AHCL-Systeme. Diese Ergebnisse deuten klar auf einen Nutzen hin, auch wenn zukünftige Studien die Einschätzung noch leicht verändern



könnten. Für die Zeit mit sehr niedrigen Glukosewerten (< 70 und < 54 mg/dl) wurde hingegen nur eine geringe Wirksamkeit festgestellt. Weitere Studien sind erforderlich, um die Wirkung besser beurteilen zu können.

„Diese Studie liefert Daten für die klinische Entscheidungsfindung und die gemeinsame Auswahl der Therapie zwischen betroffenen Personen und Behandelnden“, erläutert Professor Dr. MICHAEL RODEN, Wissenschaftlicher Geschäftsführer und Sprecher des Vorstands des DDZ und Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD). „AID-Systeme bieten insgesamt Vorteile, die aber nicht für alle Zielgruppen gleich stark ausgeprägt sind. Nach wie vor wird intensiv an der Optimierung von AID-Systemen geforscht“, ergänzt ihn Dr. ANNA STAHL-PEHE, Erstautorin der Studie. *DZD*

Stahl-Pehe A et al. Eclinicalmedicine. 2025 Apr 11; 82: 103190; doi: 10.1016/j.eclinm.2025.103190

Moderne Therapie, moderne Website

Neue Seite zu Adipositasfortbildungen

BERLIN. Für ihre Adipositasfortbildungen haben DDG und DAG (Deutsche Adipositas-Gesellschaft) eine neue Website eingerichtet.

Fast ein Viertel aller Erwachsenen lebt mit starkem Übergewicht – bei den über 60-Jährigen ist es sogar mehr als ein Drittel. „Diese Entwicklung macht deutlich, wie dringend wir qualifizierte Fachkräfte brauchen, die Betroffene langfristig begleiten können“, betont Professor Dr. DIRK MÜLLER-WIELAND, Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung der DDG. Seit der Einführung der Fortbildungen „Adiposilog*in DAG-DDG“ und „Adipositasberater*in DAG-DDG“ ist die Nachfrage stetig gestiegen. „Insgesamt haben bereits etwa 1.000 Teilnehmende unsere Kurse besucht“, ergänzt Professor Dr. MATTHIAS LAUDES, Präsident der DAG und Direktor sowie Ärztlicher Leiter am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Ein Team von Kolleg*innen der DDG Akademie und der DAG-Geschäftsstelle hat die neue Website konzipiert und erarbeitet. Ziel war es, den Interessierten eine Plattform zu bieten, die alle Informationen rund um die Fortbildungen bündelt und einen schnellen Zugriff auf die Kursangebote ermöglicht. Das Design der Website verleiht dem Schulterschluss beider Fachgesellschaften Ausdruck durch ein gemeinsames „Look & Feel“ und verdeutlicht die gemeinsame Trägerschaft.

Website erleichtert den Einstieg in die Fortbildung

Die neue Website stellt die unterschiedlichen Bedürfnisse der Fortbildungssuchenden klar in den Mittelpunkt. „Dank einer zielgruppengerechten Navigation finden Nutzerinnen und Nutzer schnell den für sie passenden Kurs – je nach Grundberuf“, erklärt Professor Dr. JENS ABERLE, Past-Präsident der DAG und Ärztlicher Leiter des Adipositas-Centrums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Das übersichtliche, klar strukturierte Design erleichtert die Orientierung. Auf der Website stellen sich die Fachgesellschaften und die Kursleitenden vor und schaffen

damit Transparenz und Nähe. Zudem findet man dort weiterführende Informationen und aktuelle Studien zum Thema Adipositas. Die Website soll zudem zeigen, wie Interessierte ihre Kompetenz verbessern können. Das Qualifizierungsangebot richtet sich an Ärzt*innen, Pflegekräfte, Ernährungsfachkräfte

oder Diabetesberater*innen und an Psycholog*innen. Die Kurse sind leitliniengerecht, auf dem neuesten Forschungsstand sowie kompakt und praxisnah ausgerichtet. Die interprofessionellen Teamkurse bieten zudem die Gelegenheit, Chancen und Limitierungen der eigenen Profession mit den Expert*innen



Geben neue Anstöße: die Adipositasfortbildungen von DDG und DAG.

aller Professionen gemeinsam zu erörtern und ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln, wer wann und wie den besten Beitrag im ganzheitlichen Versorgungskonzept leisten kann. Die Teilnehmenden erwerben aktuelles Wissen zu nicht-

medikamentösen, medikamentösen und interventionellen Behandlungsmöglichkeiten. *DDG/dz*

adipositasfortbildung.de





DREI INDIKATIONEN. EINE ANTWORT.



Einziges Fixkombination mit Zusatznutzen^{1,a}

HEUTE FÜR MORGEN

Der frühzeitige Einsatz von FORXIGA® lässt Ihre Typ-2-Diabetes-Patient:innen vielfach profitieren



Effektive HbA1c-Senkung²



Schützt Herz^{3,4,b} und Nieren^{5,6,c}



Verträgliche², einfache² und wirtschaftliche^{1,7-11,d-f} Therapie

CKD = chronische Nierenkrankheit. eGFR = geschätzte glomeruläre Filtrationsrate. G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss. GKSV = Spitzenverband Bund der Krankenkassen. HbA1c = Hämoglobin A_{1c}. HFmrEF = Herzinsuffizienz mit mäßig reduzierter Ejektionsfraktion. HFpEF = Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion. LVEF = linksventrikuläre Ejektionsfraktion. RRR = relative Risikoreduktion. a Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie gemäß G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 gilt für Dapagliflozin sowie für Dapagliflozin/Metformin bei erwachsenen Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ 2 mit hohem kardiovaskulärem Risiko, die weitere Medikation zur Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren erhalten – und bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit einem anderen oder mit mindestens zwei blutzuckersenkenden Arzneimitteln (außer Insulin) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren. – und bei denen Diät und Bewegung und die Behandlung mit Insulin (mit oder ohne einem anderen blutzuckersenkenden Arzneimittel) den Blutzucker nicht ausreichend kontrollieren. b Kombiniertes primäres Endpunkt der DAPA-HF- und DELIVER-Studie bestehend aus kardiovaskulärem Tod und einem Verschlechterung der Herzinsuffizienz. c Sekundäres Endpunkt in DECLARE: eGFR-Reduktion um ≥ 40% auf < 60 ml/min/1,73 m² oder terminale Nierenkrankheit oder renaler Tod (RRR: 47%). d Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen gemäß G-BA-Beschluss gilt für Dapagliflozin für Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. e Gemäß G-BA-Beschluss: Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Patient:innen mit CKD ohne Herzinsuffizienz als Komorbidität; Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen für Patient:innen mit CKD mit Herzinsuffizienz als Komorbidität. f Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gemäß G-BA-Beschluss vom 17.08.2023 gilt für Dapagliflozin für Erwachsene mit einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion HFpEF (LVEF > 50%) und mit geringgradig eingeschränkter Ejektionsfraktion HFmrEF (LVEF > 40 bis 49%). 1 Vgl. G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 zu FORXIGA®: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4088/2919-12-19_AM-RLXII_Dapagliflozin_D-461.pdf; G-BA-Beschluss vom 19.12.2019 zu XIGDUO®: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4089/2019-12-19_AM-RLXII_Dapagliflozin-Metformin_D-462.pdf. 2 Vgl. FORXIGA® Fachinformation, Stand August 2024. 3 Vgl. Solomon SD et al. N Engl J Med 2022; 387(12):1089-1098 (inkl. Supplement). 4 Vgl. McMurray JJ et al. N Engl J Med 2019; 381(21):1995-2008. 5 Vgl. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2019; 380(4):347-357 (inkl. Supplement). 6 Vgl. Messzonen O et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019; 7:604-17. 7 Vgl. ASP-Monitor, Stand 15.01.2024. 8 Vgl. GKSV, Stand 01.02.2023; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_paxisbesonderheiten/13016pb20230113.pdf. 9 Vgl. G-BA-Beschluss vom 20.05.2021; https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4844/2021-05-20_AM-RLXII_Dapagliflozin_D-613.pdf. 10 Vgl. G-BA-Beschluss vom 17.02.2022; https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6127/2022-02-17_AM-RLXII_Dapagliflozin_D-906.pdf. 11 Vgl. G-BA-Beschluss vom 17.08.2023; https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6127/2023-08-17_AM-RLXII_Dapagliflozin_D-906.pdf.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten / Forxiga® 10 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Dapagliflozin.
Xigduo® 5 mg/850 mg Filmtabletten / Xigduo® 5 mg/1000 mg Filmtabletten. Wirkstoffe: Dapagliflozin, Metformin.
 Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Forxiga®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin (25) Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 5 mg bzw. 10 mg Dapagliflozin. Xigduo®: 1 Filmtablette enthält Dapagliflozin (25)-Propan-1,2-diol (1:1) 1 H₂O (entsprechend 5 mg Dapagliflozin) und 850 mg bzw. 1000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Filmüberzug: Polyvinylalkohol, Macrogol 3350, Talkum, Titandioxid, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O, Eisen(III)-oxid (nur Xigduo® 5 mg/850 mg). **Tablettenkern Forxiga®:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Croscopolid, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. **Tablettenkern Xigduo®:** Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A). **Anwendungsgebiete:** Forxiga®: 5 mg und 10 mg. 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. Xigduo®: Indiziert bei erwachsenen Patienten für die Behandlung des Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung bei Patienten, bei denen der Blutzucker mit der maximal verträglichen Dosis von Metformin allein unzureichend kontrolliert wird; in Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes bei Patienten, die mit Metformin und diesen Arzneimitteln unzureichend kontrolliert sind; bei Patienten, die bereits mit der Kombination aus Dapagliflozin und Metformin als separate Tabletten behandelt werden. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen; siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den (die) Wirkstoff(e) oder einen der sonstigen Bestandteile. Xigduo® zusätzlich: jede Art von akuter metabolischer Azidose (z. B. Laktatazidose, diabetische Ketoazidose), diabetisches Präkoma; schwere Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min); akute Erkrankungen, die potenziell die Nierenfunktion beeinflussen können, wie Dehydratation, schwere Infektion, Schock; eine akute oder chronische Erkrankung, die zu einer Gewebehypoxie führen kann, wie Herz- oder Lungeninsuffizienz, kürzlich erlittener Myokardinfarkt, Schock; Leberfunktionsstörung; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus. **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 Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. Xigduo® zusätzlich: Sehr häufig: gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit). Häufig: Vitamin-B₁₂-Abnahme/Mangel, Geschmacksstörungen. Sehr selten: Laktatazidose, Leberfunktionsstörungen, Hepatitis, Urtikaria, Erythem, Pruritus. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friese Weg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: November 2024.

Adipositas-Therapie braucht qualifiziertes Personal

„Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit komplexer Ursache. Ihr Management erfordert ein multidisziplinäres Vorgehen“, so ANGELIKA DEML, Diabetesberaterin DDG und Mitinitiatorin der Pilotkurse. „Der langfristige Behandlungserfolg hängt maßgeblich davon ab, ob die Fachkräfte die gesamte Breite moderner Therapieoptionen sicher anwenden können.“ Wer die Kurse absolviert, erwerbe das nötige Wissen, um Menschen mit Adipositas fundiert zu beraten.

Foto: jd-photodesign – stock.adobe.com

02/957/02/25



MEDICAL REPORT

SGLT2-Inhibition – wichtiger Baustein zur kardiorenenalen Protektion bei Typ-2-Diabetes

Dapagliflozin für Primär- und Sekundärprävention gleichermaßen geeignet

Menschen mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2D) haben ein hohes Risiko für atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen, für Herzinsuffizienz und für renale Folgeerkrankungen.¹ Entsprechend hoch ist der Stellenwert von Antidiabetika wie Natrium-Glukose-Cotransporter-2-Inhibitoren (SGLT-2i), die eine Prävention kardiovaskulärer und renaler Ereignisse ermöglichen. Für Dapagliflozin gibt es aus der DECLARE-TIMI 58-Studie* gute Evidenzen, dass T2D-Patient:innen mit kardiovaskulären (CV) Risikofaktoren in ähnlichem Maße wie Patient:innen mit bestehender CV Erkrankung geschützt werden können.

Die DECLARE-TIMI 58-Studie hat die Wirksamkeit von Dapagliflozin (Forxiga) in einem breiten Spektrum von T2D-Patient:innen dokumentiert und einen Nutzen sowohl in der kardiorenenalen Primär- als auch Sekundärprävention belegt.¹ T2D-Patient:innen ohne bestehende CV-Erkrankung, sondern lediglich mit kardiovaskulären Risikofaktoren waren in anderen SGLT-2i-Studien unterrepräsentiert. Während in der EMPAREG OUTCOME-Studie² mit Empagliflozin z.B. nur T2D-Patient:innen mit manifester CV-Erkrankung untersucht wurden, lag der Anteil dieser Patient:innen in der DECLARE-TIMI 58-Studie bei nur 41%.^{1,3}

60% der Studienteilnehmer ohne manifeste CV Erkrankung

Insgesamt nahmen an der DECLARE-TIMI 58-Studie, in der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Dapagliflozin (Forxiga) mit Placebo verglichen wurde, mehr als 17.000 T2D-Risikopatient:innen teil – es ist die bisher größte CV Outcome-Studie.^{1,4} Die Studienteilnehmer:innen waren mindestens 40 Jahre alt, hat-

ten HbA1c-Werte $\geq 6,5\%$ bis $12,0\%$ und eine Kreatinin-Clearance ≥ 60 ml/Minute. Alle hatten ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre oder renale Ereignisse:¹

▶ 6.974 Patient:innen (in der Outline 41%) hatten eine manifeste CV-Erkrankung (ischämische Herzerkrankung, ischämische zerebrovaskuläre Erkrankung, periphere arterielle Erkrankung).

▶ 10.186 Patient:innen (in der Outline 59%) hatten mehrere Risikofaktoren: konkret Alter ≥ 55 Jahre (Männer) bzw. ≥ 60 Jahre (Frauen) und zusätzlich mindestens einen weiteren zusätzlichen Risikofaktor wie Dyslipidämie (LDL-Cholesterin > 130 mg/dl), Hypertonie oder inhalativer Tabakkonsum.

Im Studienverlauf von im Median 4,2 Jahren konnten unter Therapie mit Dapagliflozin in beiden Risikogruppen kardiovaskuläre und renale Ereignisse verhindert werden. Insbesondere wurden das Risiko für eine Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz (HHI) und die Rate des kombinierten sekundären renalen Endpunkts (Abnahme $\geq 40\%$ der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR), Nierenversagen oder renal bedingter Tod) verringert (Abb.).¹

Der koprimary kombinierte Endpunkt der Studie – kardiovaskuläre Mortalität oder HHI – wurde unter Dapagliflozin signifikant seltener als in der Placebogruppe erreicht (4,9% vs. 5,8%; hazard Ratio [HR] 0,83; 95% KI 0,73-0,95; $p = 0,005$). Getrieben wurde die Risikoreduktion in der Dapagliflozin-Gruppe durch eine Verringerung der Rate an Hospitalisierungen wegen Herzinsuffizienz (HR 0,73; 95% KI 0,61-0,88), die bei Patient:innen mit Risikofaktoren noch deutlicher war als bei solchen mit CV-Erkrankung (Abb.). Das Risiko des oben genannten kom-

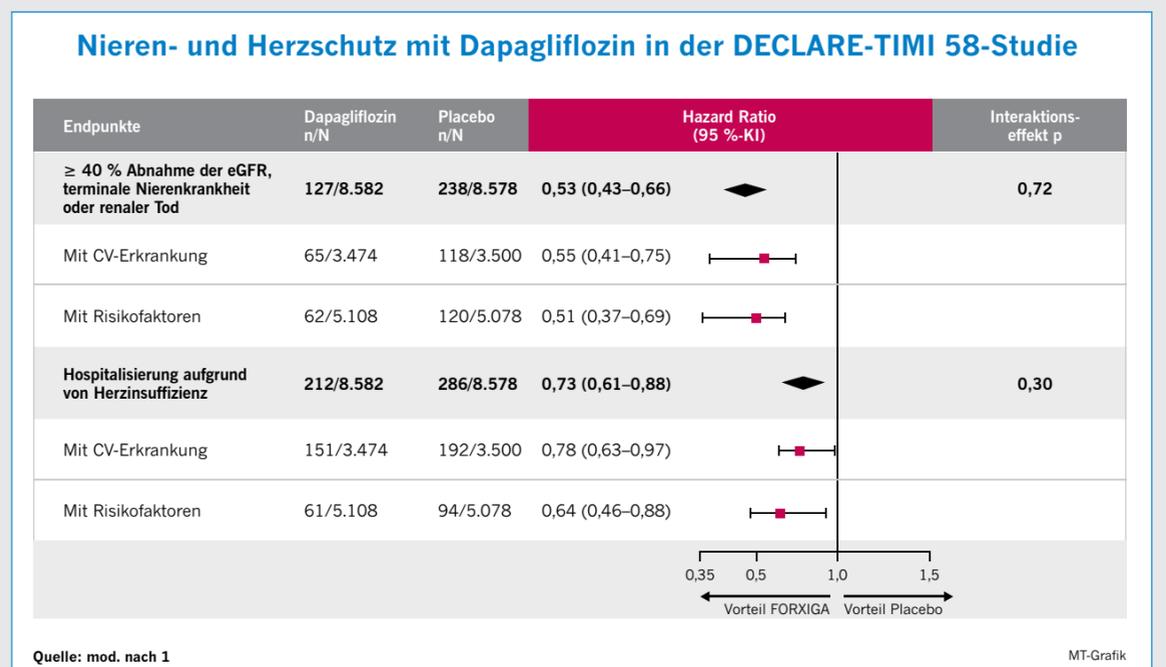


Abb.: T2D-Patient:innen mit kardiovaskulären Risikofaktoren konnten mit Dapagliflozin in ähnlichem Maße vor einer Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz und vor renalen Ereignissen geschützt werden wie solche mit CV-Erkrankung.

binieren renalen Endpunkts war unter Dapagliflozin fast halbiert (1,5% vs. 2,8%; HR 0,53; 95% KI 0,43-0,66), wobei Patient:innen mit Risikofaktoren oder mit CV-Erkrankung in etwa ähnlichem Maße profitierten (Abb.).¹ Dapagliflozin ist gut verträglich. Die Rate unerwünschter Ereignisse und die Abbruchrate waren in der Studie in der Verumgruppe geringer als in der Placebogruppe. Auch bei den meisten Patient:innen mit Niereninsuffizienz kann das Medikament eingesetzt werden. Eine Therapie mit Dapagliflozin kann bis zu einer eGFR von > 25 ml/min/1,73 m² initiiert werden. Sollte die eGFR unter diesen Schwellenwert fallen, muss die Therapie nicht abgesetzt werden.⁵

* The Dapagliflozin Effect on Cardiovascular Events-Thrombolysis in Myocardial Infarction 58 (DECLARE-TIMI 58) trial

a n = 17.160; in der Outline 41% mit CV Erkrankung, in der Outline 59% mit CV Risikofaktoren, 1:1-Randomisierung auf Dapagliflozin oder Placebo. Zwei primäre Endpunkte: CV Tod oder HF-bedingte Hospitalisierung (HR: 0,83; 95 %-KI: 0,73-0,95; $p = 0,005$); schwerwiegende unerwünschte CV Ereignisse (HR: 0,93; 95 %-KI: 0,84-1,03; $p = 0,17$).

1. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2019; 380: 347-35.
2. Zinman, B et al. N Engl J Med 2015;373: 2117-2128.
3. S3-Leitlinie: Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes - Version 3.0 (Stand: Mai 2023). AWMF-Register-Nr. nvl-001
4. Norhammar A et al. Diabetes Obes Metab 2019; 21: 2651-2659.
5. Fachinformation Forxiga®, aktueller Stand.
6. Ma CX et al. Cardiovasc Diabetol 2022; 21: 74.
7. Davies MJ et al. Diabetes Care 2022; 45: 2753-2786.

Fazit

CV-Erkrankungen sind die Todesursache Nummer 1 bei Menschen mit T2D.⁶ Entsprechend ist eine wirksame Protektion kardiorenenaler Ereignisse im Sinne einer ganzheitlichen Diabetestherapie von größter Bedeutung.^{3,7} Dapagliflozin, das wurde in der DECLARE-TIMI 58-Studie gezeigt, ist bei T2D sowohl zur Primär- als auch Sekundärprävention kardiorenenaler Ereignisse geeignet.¹ Mit Dapagliflozin können T2D-Patient:innen mit einer leitliniengerechten T2D-Therapie versorgt werden, wie sie von der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) u.a. in der Erstlinie empfohlen wird.³

Kardiorenales Risiko: entscheidender Faktor bei Therapiewahl

SGLT_i haben in Nationaler Versorgungsleitlinie hohen Stellenwert

Die Abschätzung des Risikos für diabetesassoziierte kardiovaskuläre und/oder renale Ereignisse ist bei T2D-Patient:innen laut Nationaler Versorgungsleitlinie (NVL) entscheidend für die Wahl der Medikamente. Aufgrund der Studienevidenzen zur kardiorenenalen Risikoreduktion durch SGLT-2i

wie Dapagliflozin wird die Substanzklasse bei Risikopatient:innen als Erstlinientherapie in Kombination mit Metformin oder direkt nach Metformin empfohlen, abhängig vom Ausgangsrisiko:³

▶ Bei T2D-Patient:innen mit bestehender kardiovaskulärer Erkrankung

wird bereits initial die Kombination von Metformin mit SGLT-2i empfohlen, alternativ mit Glukagon-ähnlichen Peptid-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1-RA). Die Wahl der Substanz sollten nach priorisierten Endpunkten erfolgen.

▶ Bei Patient:innen mit hohem Ri-

siko für kardiovaskuläre oder renale Ereignisse sollte die Entscheidung für eine Kombinationstherapie nach einer individuellen Bewertung und gemeinsamen Entscheidungsfindung erfolgen.

▶ Bei Menschen mit T2D ohne hohes kardiovaskuläres oder renales

Risiko, bei denen 3-6 Monate nach der Einleitung von Metformin das individuelle Therapieziel nicht erreicht worden ist, sollte der Einsatz eines zweiten Medikamentes entsprechend der priorisierten Endpunkten erwogen werden, z. B. eines SGLT-2i wie Dapagliflozin.³

Pflichttext

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 H₂O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), 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 H₂O. 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 Faszitis 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.

»Werde für gerechte und effektive Diabetesversorgung plädieren«

Professor Julia Szendrödi ist die neue Präsidentin der DDG

HEIDELBERG. Ende Mai hat Professor Julia Szendrödi ihr Amt als DDG Präsidentin angetreten. Welche Schwerpunkte möchte sie setzen? Was treibt sie an und was möchte sie erreichen?

? **Frau Professor Szendrödi, was hat Ihre Leidenschaft für die Diabetologie entfacht?**

Prof. Szendrödi: Im Endeffekt das Interesse an der Grundlagenforschung. Ich habe Medizin studiert, wusste aber immer, ich möchte auch etwas in der Forschung machen. Zu Anfang war ich unschlüssig und bin in der Elektrophysiologie gelandet. Das war eher Zufall und ich habe dann überlegt, in welche Richtung es klinisch gehen soll. Für mich war dann klar: Es sollte in die Innere Medizin gehen, denn der Kontakt zu den Patient*innen und die Sprechende Medizin haben mich schon immer interessiert, auch vor dem Studium schon. Am Pharmakologischen Institut in Wien hat mir dann eine Professorin gesagt: Professor Roden [heute am DDZ tätig, Anm. d. Red.] fördert junge Medizinerinnen und verbindet Klinik und Forschung, sprich den mal an. So bin ich zur Diabetologie gekommen.

? **Woran denken Sie bei Ihrer neuen Aufgabe als DDG Präsidentin?**

Prof. Szendrödi: Ich bin gefragt worden, ob ich dieses Amt übernehmen möchte, und habe mich darüber sehr, sehr gefreut. Ich war schon immer aktiv in der Deutschen Diabetes Gesellschaft, die mich begleitet hat, seit ich in Deutschland bin. Also DDG an und für sich fand ich immer gut!

Die Vorstandsarbeit ist getragen durch eine tolle Geschäftsstelle, die einen ganz anderen Job macht als ich als klinisch tätige Diabetologin und Wissenschaftlerin. Das heißt, ich sehe im neuen Amt Seiten, die wichtig sind, aber für die ich bis jetzt noch keine Kapazität hatte – also gesundheitspolitische Aspekte der Diabetesversorgung, Themen wie Verhältnisprävention und transsektorale Versorgung des Diabetes. In der Uniklinik hat man natürlich Kooperationen mit peripheren Krankenhäusern und Niedergelassenen – deren Probleme noch bes-

ser zu verstehen und gemeinsam zu überlegen, was zu tun ist – das war ein Grund, auf jeden Fall mittun zu wollen. Jetzt ist es so, dass man erst einmal zwei Jahre Vizepräsidentin ist, in dieser Zeit herangeführt wird an das Präsidentenamt, die Leute kennenlernt und sieht, wie Themen aufkommen, auf die man reagieren muss, und wie man auch die Möglichkeit hat, andere Themen in den Vordergrund zu spielen. Ich habe die anderen im Vorstand kennengelernt und gesehen, wie schön man hier zusammenarbeiten kann.

? **Jede Präsidentin, jeder Präsident der DDG setzt eigene Akzente. Was haben Sie sich vorgenommen?**

Prof. Szendrödi: Natürlich kommen tagespolitische Themen auf, die man bedienen muss. Aber selbstverständlich habe ich auch eigene Anliegen. Einer meiner Schwerpunkte ist die **klinische Diabetesversorgung**. Und da das Amt auch gesundheitspolitisch einen Auftrag hat, werde ich

versuchen, es zu nutzen, um für eine gerechte und effektive Diabetesversorgung zu plädieren. Wir haben ein sehr gutes Gesundheitssystem, auch ein sehr teures, wir sind aber nicht unbedingt sehr effektiv, insbesondere in der Umsetzung der Leitlinien. Eine Vision wäre, dass wir **am Outcome orientierte Vergütungsmodelle** haben, sodass wir nicht fragen: Was können wir uns leisten?, sondern: Was müssen wir uns leisten und wie viel kostet das, was wir tun müssen, um die Lebensqualität und Lebenserwartung der Menschen mit internistischen Erkrankungen und insbesondere Diabetes zu verbessern? Dieses Anliegen hat schon Professor Fritsche verfolgt. Ein weiteres Anliegen ist die **Verhältnisprävention**. Mir gibt es immer einen Stich, wenn es heißt: Die Menschen mit Diabetes und Adipositas sind selbst verantwortlich. Ja, bis zu einem gewissen Grad, aber wir müssen die Lebensbedingungen optimieren, sodass es den Leuten leichter fällt, sich gesund zu ernähren, sich ausreichend zu bewegen, den Diabetes zu vermeiden und mit dem Diabetes ein gutes Leben zu führen. Das sind unbeliebte politische Themen, weil die Umsetzung länger dauert als eine Legislaturperiode. Aber auch dafür muss man das Amt nutzen. Wir arbeiten da sehr eng mit DANK zusammen. Das fängt an bei der



PROFESSOR DR. JULIA SZENDRÖDI

Die Diabetologin und Endokrinologin ist seit Februar 2021 Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie und Ärztliche Direktorin des Zentrallabors der Universität Heidelberg. Zuvor war sie Oberärztin am Institut für Klinische Diabetologie am Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf. Studiert hat Prof. Dr. Julia Szendrödi an der Medizinischen Universität Wien.

»Wir sollten viel stärker nutzen, dass wir eigentlich alle dasselbe Ziel haben«

Kinderbildung: Welches Essen wird gegeben? Aber nicht nur in den Kitas und Schulen ist das ein Thema, sondern auch in den Krankenhäusern – dass wir uns gesundes Essen nicht leisten können und teilweise auch gar kein Konzept haben. Malnutrition in den Krankenhäusern, bei Adipositas und bei Typ-2-Diabetes, ist ein riesenproblem.

Ein Thema, das mich sehr bewegt, ist die **soziale Ungerechtigkeit** bei der Verhinderung von Komplikationen des Diabetes und bei der Behandlung. Man muss untersuchen, woran das liegt und welche Maßnahmen helfen können, um diese Ungerechtigkeiten zu kompensieren. Das führt dann auch schon hin zu einem wissenschaftlichen Thema, denn mein Forschungsschwerpunkt ist die **Präzisionsmedizin**, die ja Hand in Hand geht mit der Prävention von Diabetes und Komplikationen.

? **Sie sind nach Prof. Monika Kellerer die zweite Präsidentin. Was bedeutet das für Sie – und für die DDG?**

Prof. Szendrödi: Dass ich die zweite bin, freut mich sehr, war mir aber erst mal gar nicht bewusst. In Heidelberg war ich in einer ähnlichen Situation als erste Frau in der Inneren Medizin, die einen Lehrstuhl übernommen hat. Die jungen Nachwuchswissenschaftlerinnen und Klinikerinnen sehen das sehr wohl und finden es gut – also, das bewirkt schon etwas. Es geht da nicht nur ums Frau-Sein, sondern auch um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Meine Rolle zu nutzen, dass auch Männer in die Position kommen, Beruf und Familie zu vereinbaren und das in der eigenen Klinik vorzuleben, ist schon auch ein Auftrag. Grundsätzlich ist die DDG sehr offen, Frauen zu fördern, und die Diabetologie und Endokrinologie ist an und für sich ein weibliches Fach – nur in den Leitungspositionen dünnt sich das aus. Ich glaube, dass zum zweiten Mal eine Frau der DDG vorsteht, ist ein gutes Signal für den Nachwuchs.

? **Noch einmal zu Prävention und Präzisionsmedizin: Wie könnten Forschungsergebnisse schneller in die Versorgung kommen?**

Prof. Szendrödi: Was immer mehr kommt und auch gefordert wird, ist, dass man Patient*innen einbe-

zieht in die Forschung und dass wir von vornherein erklären, was der Nutzen sein und wie der Transfer ablaufen soll. Ich glaube, es ist schon ein Problem, wenn wir in unserem Elfenbeinturm forschen und nichts davon an die Öffentlichkeit dringt – dann ist die Latenz einfach zu groß, bis diejenigen profitieren, die davon profitieren sollen. Und: Dann ist auch niemand da, der mit uns aus der Forschung fordern kann, dass etwas politisch umgesetzt wird. Wir sollten viel stärker nutzen, dass wir eigentlich alle dasselbe Ziel haben, nämlich die Versorgung des Diabetes und die Verhinderung von Komplikationen voranzutreiben.

? **Frau Professor Szendrödi, wie entspannen Sie vom Berufsalltag?**

Prof. Szendrödi: Ich treibe Sport. Mein Tag ist ziemlich voll mit Terminen. Ich sitze sehr viel. Wenn ich nach Hause komme, gehe ich jetzt im Sommer mit den Kindern erst einmal aufs Trampolin. Ich gehe auch zum Kraftsport und mache Ausdauersport. Es ist wichtig für mich, stark zu sein, mich stark zu fühlen. Ich schöpfe so Kraft für lange Arbeitstage und habe das Gefühl, für mich selbst etwas zu tun. *Interview: Günter Nuber, Nicole Finkenauer*

nachgefragt

»Ich war schon immer aktiv in der DDG«

Für den Diabetologie-Durchblick der Podcast für Expert*innen



Neugierig auf die ganze Folge?

Erfahren Sie mehr über die Schwerpunkte, die Prof. Szendrödi setzen möchte, ihre Sicht auf die Stigmatisierung von Menschen mit Diabetes und die Primärprävention – und was sie mit der Bundesgesundheitsministerin besprechen würde (QR-Code). Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* auf diabetologie-online.de/o-ton-diabetologie, medical-tribune.de und den gängigen Podcast-Plattformen.





Nichts ohne uns, alles mit uns: Stephanie Haack sprach für die Menschen mit Diabetes.



Für Teilhabe kämpft VdK-Präsidentin Verena Bentele.



Prof. Szendrödi sprach über Partizipation aus ärztlicher Sicht, Prof. Neu über die Teilhabe von Kindern mit Diabetes.

Fotos: DDG/Dirk Deckbar

Nichts ist unmöglich?!

So kann soziale Teilhabe für Menschen mit Diabetes (besser) gelingen

BERLIN. Teilhaben, teilnehmen, selbstverständlich ein Teil der Gesellschaft sein – das ist das große Ziel. Barrierefrei ist aber weder das Gesundheitssystem mit all seinen Facetten noch der Weg hin zu diesem großen Ziel.

Familien, in denen ein Kind mit Diabetes lebt, sind oft stark belastet, es gibt Probleme in Kita und Schule und oft reduzieren vornehmlich Mütter ihre Berufstätigkeit oder geben sie ganz auf. Hinzu kommt ein hohes Ausmaß an psychischer Belastung. „Ich halte das für eine Bankrotterklärung des Gesundheitssystems, wenn wir das feststellen müssen“, sagt Professor Dr. ANDREAS NEU, Kinderdiabetologe aus Tübingen. Schulgesundheitsfachkräfte, die es schon in einigen Ländern gibt, könnten helfen, Familien und auch Lehrer*innen zu entlasten und mehr Teilhabe zu ermöglichen – das ist belegt. Aber es gibt bis jetzt nur Modellprojekte. In Deutschland werden Leitlinien ineffizient umgesetzt, z. B. wenn es um die Lipidsenkung und die Blutdrucksenkung bei Typ-1-Diabetes

geht – und das liegt nicht an den Patient*innen, sagt Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI, Diabetologin aus Heidelberg und DDG Präsidentin. „Ich interveniere immer sofort, wenn es heißt, ein Patient ist non-compliant und deshalb schlecht therapiert.“ Sie plädiert für die partizipative Entscheidungsfindung – und dafür, die Lebensrealität der Menschen zu bedenken. Grundvoraussetzung: „Wir müssen unsere eigene Empathie reaktivieren, die uns abtrainiert wird unter dem Zeitdruck, unter dem wir arbeiten.“ Die Zeit für Gespräche müsse zurückerobert werden.

„Nicht ohne uns – alles mit uns“, das darf keine Floskel sein, sagt STEPHANIE HAACK, die seit 15 Jahren mit Diabetes lebt und in der Diabetes-Community aktiv ist. Wie kann Teilhabe ganz praktisch gelingen?

Nur gemeinsam, die Expertise von Ärzt*innen und von Menschen mit Diabetes sollte zusammengeführt werden. „Es gibt Dinge, die stehen nicht im Lehrbuch. Diese Expertise können Ärzt*innen nutzen, da steckt viel Potenzial drin. Wie fühlt sich eine Hypo an? Wie lebt es sich mit Folgeerkrankungen? Das können Sie von Menschen mit Diabetes erfahren und in Ihre Arbeit einfließen lassen“, sagte sie zu den Mediziner*innen im Publikum gewandt.

Krankenhausreform: gute Teilhabe in Strukturen gießen

Sehr wenig Aufmerksamkeit in der Politik bekommen Menschen mit Diabetes im Krankenhaus, hat VERENA BENTELE, Präsidentin des Sozialverbands VdK, in den Gesprächen vor diesem Symposium gelernt – und sprach sich für die Ziele aus, die auch die DDG verfolgt, um Teilhabe zu verwirklichen (Leistungsgruppen, Fort- und Weiterbildung von medizinischem Personal, Inklusion in Kita und Schule, Schulgesundheitsfachkraft). „Oberstes



Rege Diskussion nach den Vorträgen, rechts Dr. Wolfgang Wagener, Ausschuss Soziales.

Teilhabe von Menschen mit Diabetes – die Perspektiven der vier Referierenden

- Professor Dr. Andreas Neu (Kinderdiabetologe): Durch Schulgesundheitsfachkräfte würde mehr Teilhabe möglich. Dass Familien durch den Diabetes eines Kindes oft stark belastet sind, hält er „für eine Bankrotterklärung des Gesundheitssystems“.
- Professorin Dr. Julia Szendrödi (Diabetologin): Ärzt*innen müssen die Lebensrealität von Menschen mit Diabetes verstehen. Partizipative Entscheidungsfindung ist wichtig; Ärzt*innen „müssen ihre eigene Empathie reaktivieren“.
- Stephanie Haack (lebt mit Typ-1-Diabetes, aktiv in Selbsthilfe/Community): „Nicht ohne uns – alles mit uns“. Arbeits- und Lernumgebungen müssen angepasst werden. Ärzt*innen und Menschen mit Diabetes können voneinander lernen.
- Verena Bentele (Präsidentin Sozialverband VdK): Es ist notwendig, für Menschen mit Diabetes im Krankenhaus einzutreten. In der KH-Reform muss es gelingen, gute Teilhabe „in Strukturen zu gießen“. Oberstes Gebot: die Menschen einbeziehen.



und wichtigstes Credo ist immer die Einbeziehung der Menschen, der Patientinnen und Patienten.“ Sie sollen ermächtigt werden, sich einzubringen mit ihren Ängsten, Sorgen, Bedürfnissen und Wünschen. Dem gegenüber stehen „viele Herausforderungen, wenn es um Teilhabe geht“. Der VdK kämpfe für die medizinische Teilhabe, in der Krankenhausreform müsse „gute Teilhabe in Strukturen“ gegossen werden.

Diskussion mit Ideen und Einsichten

Aus der in Deutschland herrschenden Schulpflicht ergibt sich auch die Verpflichtung des Staates, Strukturen zu schaffen, die u. a. chronisch kranken Kindern helfen. Diese Hilfestellung dürfe nicht länger „auf der Freiwilligkeit einzelner engagierter Leute“ beruhen, forderte ein Kinderdiabetologe aus dem Publikum. Unklare Zuständigkeiten erschweren den Besuch von Kita und Schule. Mit Schulgesundheitsfachkräften lasse sich ein Schritt von der Integration zur Inklusion gehen, sagte Verena Bentele. Wer vermittelt Wissen, wer weiß um die soziale Situation der

»Wir sind Anwälte der Patienten«

Patient*innen? Das sei eine ärztliche Aufgabe, die nicht einfach abgegeben werden könne, so Moderator Dr. Wolfgang Wagener, Ärztlicher Referent DRV Rheinland. „Wir sind als Ärzte die Anwälte der Patienten und für deren Belange.“ Weitere wichtige Punkte wurden angesprochen: Reha und Teilhabe, barrierefreie Reha-Einrichtungen, Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen, die Schwierigkeit, von Leistungen zu erfahren und sie auch zu erhalten. „Es bleiben ganz viele Potenziale ungenutzt. Leute, die nicht wissen, an wen sie sich wenden können oder wie sie sich besser helfen können, sind einfach allein und verloren“, so Dr. Wagener. Einfach ist es nicht, daran etwas zu ändern. Aber es wurde die Bereitschaft deutlich, dass VdK und DDG künftig stärker gemeinsam kämpfen werden, „Fehlkonstruktion und Fehlsteuerung“ im Gesundheitsbereich abzubauen – und Hürden zu überwinden. *Nicole Finkenauer*

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

Auszeichnung für GestDiab-Arbeitsgruppe

Der Sonderpreis der Dr. Heinz Bürger-Büsing-Stiftung geht 2025 an die GestDiab-Studiengruppe. Die Mitglieder der Gruppe erhalten den mit 5.000 Euro dotierten Preis „für den innovativen Aufbau des deutschen Registers für Diabetes und Schwangerschaft“, wie Laudatorin Tamara Bacon Lara von der Dr. Heinz Bürger-Büsing-Stiftung ausführte. Durch den Sonderpreis sollen der Gestationsdiabetes und die Forschungsprojekte dazu stärker in den Fokus rücken. Entgegengenommen wurde der Preis für die Studiengruppe GestDiab von Dr. Heinke Adamczewski und Dr. Matthias Kaltheuner während des Diabetes Kongresses.

Lärmbelastung durch Straßenverkehr und Fettverteilung

Forschende von Helmholtz Munich und der LMU haben eine mögliche Assoziation zwischen der Belastung durch Straßenverkehrslärm und dem Risiko für Stoffwechselerkrankungen untersucht. Hierfür nutzten sie die Bildgebungsdaten aus MRT-Untersuchungen von über 11.000 Teilnehmenden der NAKO-Studie und kombinierten diese mit Straßenverkehrslärm-Daten in Deutschland. Die Ergebnisse der Analyse deuten darauf hin, dass Belastungen durch Verkehrslärm mit einem höheren Anteil an Fettgewebe im Körper verbunden sein können und so auch das Risiko von assoziierten Erkrankungen steigen könnte.

INHALT

Unboxing diatec – Update Diabetes-Technologie 2025
Theresia Schoppe 01

Digitales Disease-Management-Programm (DMP)
Prof. Dr. Bernhard Kulzer 04

Technologie in der Ausbildung: kaum Thema
Dr. Jonas Laaser 03

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

Geschäftsführung:
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion: Nicole Finkenauer,
Gregor Hess, Matthias Heinz

Layout: Richard Hoppe,
Sabine Roach

IMPRESSUM



Nutzung mit dem Smartphone: das ist gewünscht

Von Patient:innen wird ebenfalls immer wieder die Kompatibilität mit Smartphones nachgefragt, um die Insulinpumpe steuern zu können. Hierzu hat Tandem® Diabetes Care ein weiteres Update angekündigt, welches die Steuerung der t:slim X2™ mit dem Smartphone ermöglichen wird. Lange ersehnt wird die Einführung der mylife™ CamAPS FX App für das Betriebssystem iOS, um die Ypsopump™ der Firma Ypsomed AG als AID-System auf dem iPhone nutzen zu können. Auch diese wird nicht mehr lange auf sich warten lassen. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Artikels wurden bereits einige Patient:innen über die anstehende Einführung informiert.

Implementierung von Messwerten: daran wird eifrig geforscht

Geforscht wird darüber hinaus an der Implementierung von Messwerten weiterer Sensoren (Multi-sensormesssysteme), also z.B. von Aktivitäten aus entsprechenden Wearables oder von Blutdruckwerten. Vielleicht noch nicht im Jahr 2025, aber in wenigen Jahren können wir intelligenteren Algorithmen erwarten, die weitere Parameter bei der Insulindosierung berücksichtigen.

Kürzlich wurde zudem öffentlich, dass es eine Kooperation zwischen der Firma Dexcom, Inc. und NovoNordisk Pharma GmbH gibt. So können jetzt die Daten aus den NovoPen® 6 und NovoPen Echo® Plus Smartpens in die Dexcom G7-App übertragen werden.

Einführung neuer Systeme zur Glukosekontrolle in Insulinapplikation

Eine dynamische Entwicklung findet aktuell auf dem Markt für rtCGM-Systeme statt. So ist nun der Glukosesensor Suga Sense der Firma ETH Meditec GmbH mit 15 Tagen Tragedauer sowie mehrfach verwendbaren Komponenten (Transmitter und Setzhilfe) ordnungsfähig. Seit Neuestem ist auch das rtCGM Accu-Chek™ SmartGuide™ der Firma Roche Diabetes Care Deutschland GmbH mit 14 Tagen Tragedauer und einer neuartigen Prädiktion des Glukoseverlaufes verfügbar. Zudem sind weitere Produkte „in der Pipeline“, über welche der Zeitpunkt der flächendeckenden Markteinführung jedoch noch nicht bekannt ist. Dies ist zum einen ein neues rtCGM ►►

Unboxing diatec – Update Diabetes-Technologie 2025

INNOVATIONEN. Systeme wie rtCGM und Insulinpumpen werden immer kleiner. Und die Nutzer:innen solcher Technologien wünschen sich immer mehr Kompatibilität – vor allem mit jeweiligen Smartphones. Theresia Schoppe bringt Sie auf den neuesten Stand der Entwicklungen.

In den vergangenen Jahren war eine nahezu exponentielle Entwicklung diabetestechnologischer Therapieoptionen zu beobachten. Wir konnten miterleben, wie Systeme für das real time continuous glucose monitoring (rtCGM-Systeme) und Insulinpumpen immer kleiner und praktikabler wurden, teilweise intelligenter, insbesondere durch die Kommunikation beider Komponenten und selbstlernender Algorithmen für die automatisierte

Insulindosierung (AID), die einer künstlichen Intelligenz (KI) bereits sehr nahekommen.

Diese Entwicklung hat 2025 sicherlich noch kein Ende gefunden und so können wir auch weiterhin spannende Neuerungen erwarten. Einiges wurde offiziell kommuniziert, andere Veränderungen können wir nur voraussehen.

Nachbesserungen in puncto Interoperabilität

Grundsätzlich können wir davon ausgehen, dass die Interoperabilität zwischen rtCGM-Systemen und Insulinpumpen weiter ausgebaut wird. Hier war 2024 schon einiges passiert. So hatte Medtronic GmbH bereits einen neuen Sensor auf den Markt gebracht (Medtronic™ Simplerla Sync™). Sukzessive erhalten Patient:innen nun ein Update für die Minimed™ 780G – sofern sie ihre Pumpe vor dem 19.07.2024 erhalten haben –, um diese mit dem neuen Sensor kop-

peln zu können. Neuere Versionen sind bereits kompatibel. Abbott AG hatte ebenfalls einen Schritt voraus gewagt und den Glukosesensor FreeStyle Libre (FSL) 3 Plus auf den deutschen Markt gebracht, welcher über Schnittstellen zu AID-Systemen und Smartpens verfüge. Diese Schnittstelle muss nun auch seitens der Insulinpumpen- und Smartpen-Hersteller freigegeben werden, um die Glukosedaten in die Systeme implementieren zu können. Angekündigt ist bereits die Kooperation von Abbott GmbH und Tandem® Diabetes Care für die t:slim X2 mit Control IQ™; ein genaues Datum ist bisher jedoch nicht bekanntgegeben worden.

Folgeschritt: kompatible Pods

Ein konkretes Update wurde durch die Firma Insulet Corporation angekündigt. Seit Mai 2025 ist die Integration der Glukosedaten aus dem Dexcom™ G7 Glukosesensor



Theresia Schoppe
Oecotrophologin B.Sc.
Diabetesberaterin DDG,
Vorstand VDBD e.V.,
Berlin
Foto: VDBD e.V.
Jonas Friedrich

in das OmniPod® 5 (OP5) Insulinpumpensystem möglich. Das Steuerungsgerät hatte bereits das entsprechende Update erhalten. Im nächsten Schritt können nun die kompatiblen Pods verordnet werden. Immer wieder ist auch zum OP5 zu lesen, dass es eine Integration der Daten aus dem FSL 3 geben wird. Offizielle Ankündigungen für den deutschen Markt gibt es hierzu keine. Möglicherweise kommt diese Annahme durch die verfügbaren Systeme in anderen Ländern zustande. Denn ein Blick u.a. in das europäische Ausland offenbart, dass eine Einbindung der Daten aus dem FSL 2 in das OP5-System möglich ist.

„Kompatibilität mit Smartphones wird immer wieder nachgefragt.“

Das Wichtigste in Kürze

- Systeme wie rtCGM und Insulinpumpen werden immer kleiner
- die Interoperabilität zwischen rtCGM-Systemen und Insulinpumpen wird weiter ausgebaut
- Geforscht wird darüber hinaus an der Implementierung von Messwerten weiterer Sensoren (Multi-sensormesssysteme)

von DiaExpert mit 15 Tagen Tragedauer. Zum anderen können wir das GlucoMen® iCan der Firma A. Menarini Diagnostics Division der Berlin-Chemie AG erwarten. Dieses bietet 15 Tage Tragedauer und verwendet das Enzym Glukosedehydrogenase, welches resistent gegenüber Interferenzen wie Acetaminophen, Ascorbinsäure und Sauerstoff ist.

In den USA ist mittlerweile das rtCGM Stelo™ der Firma Dexcom, Inc. von der Food and Drug Administration (FDA) zugelassen worden. Optisch erinnert der Stelo™ stark an den Dexcom™ G7, das System richtet sich primär jedoch nicht an Menschen mit Diabetes und intensiver Insulintherapie (ICT), sondern wird als „Biosensor“ für Gesundheitsbewusste und Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2DM) ohne ICT beworben. Eine Markteinführung in Deutschland ist denkbar, bisher sind jedoch keine konkreten Pläne veröffentlicht.

Pläne zur Markteinführung für Deutschland unbekannt

Ähnlich steht es auch um eine Patch- und eine Mini-Pumpe der Firma Medtronic GmbH sowie um die Mini-/Patch-Pumpe Mobi™ der Firma Tandem® Diabetes Care. Auf Plattformen wie LinkedIn sind immer wieder – oft auf firmenfremden Kanälen – Pläne zur Markteinführung zu lesen, obwohl konkrete Pläne für Deutschland nicht bekannt sind. Die Tandem® Mobi™ hat immerhin bereits seit 2023 eine Zulassung durch die FDA.

Spannend mitzuverfolgen sind auch die Entwicklungen bzgl. bi-hormoneller Fully-Closed-Loop-Systeme. In den Niederlanden ist nun das System Inreda AP®6 der Firma Inreda® Diabetic B.V. zugelassen. Es arbeitet mit zwei Sensoren und den beiden Hormonen Insulin und Glukagon. Weiterverfolgen sollte man auch die Entwicklungen der amerikanischen Firma Beta Bionics, Inc. Diese hatte bereits die Insulinpumpe iLet (iLet Bionic Pancreas) herausgebracht; bisher jedoch nicht in Deutschland. Kohlenhydrate werden bei diesem AID-System nur semi-quantitativ eingegeben. Der Algorithmus lernt den Insulinbedarf so gut abzuschätzen, dass das prandiale Insulin damit automatisiert abgeben werden könne. In der Entwicklung sei ebenfalls ein bi-hormonelles System.

Nachdem bereits rtCGM-Systeme zumindest für einen begrenzten Zeitraum auch Menschen mit T2DM und basalunterstützter oraler Therapie (BOT) zugänglich gemacht wurden, kann erwartet werden, dass auch die Insulinpumpentherapie (CSII) inkl. der AID-Systeme in die Behandlung des T2DM Einzug hält.

Insulinpumpentherapie bei Typ-2-Diabetes

Konkrete Pläne für Deutschland sind bisher jedoch nicht bekannt. In den USA ist bereits das AID-System OP5 für T2DM zugelassen. Mit der SECURE-T2D-Studie (n=305) konnte u.a. eine HbA_{1c}-

Reduktion von 0,8 % in der Gesamtpopulation sowie von 2,1 % bei einem HbA_{1c} vor Intervention über 9,0 % erreicht werden. Die time in range (TIR) wurde ohne Zunahme von Hypoglykämien um 20 % verbessert, die Tagesgesamtmenge an Insulin nahm ab.

„Fraglich ist, wann eine CSII bei T2DM in Leitlinien empfohlen wird.“

Ebenfalls in den USA wurde aktuell mit einer einarmigen Pilotstudie durch die Firma Tandem® Diabetes Care das Outcome einer CSII mit t:slim X2™ Control IQ™ bei T2DM untersucht. Die Proband:innen (n=60) konnten – u.a. neben weiteren Parametern – die TIR zwischen 70 und 180 mg/dl um 15 % sowie der time in tight range (TITR) zwischen 70 und 140 mg/dl um 12 % erhöhen. Fraglich ist allerdings, ob und wann eine CSII bei T2DM in Deutschland in Leitlinien empfohlen und unter welchen Voraussetzungen zulasten der Krankenkassen erstattungsfähig sein wird.

Ein Gerücht, welches sich hartnäckig hält, ist die Einführung nicht-invasiver Messverfahren zur Bestimmung des Glukosespiegels mittels Smartwatch. Die bisher auf dem Markt befindlichen Systeme (Smartwatches und Smarrings) sind nicht als Medizinprodukte zugelassen und liefern keine validen Messwerte (siehe Stellungnahme FDA und Untersuchungen des Instituts für Diabetes-Technologie Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft mbH an der Universität Ulm). Der Glukosesensor Dexcom™ G7 kann zwar über eine Apple Watch betrieben werden (ohne Smartphone), dies sollte jedoch nicht den Fehlschluss zulassen, dass die Apple Watch selbst den Glukosewert messen kann. Samsung und Apple kündigen immer wieder an, dass neue Modelle ihrer Smartwatches über solche Funktionen verfügen sollten.

Nicht-invasive Messmethoden: noch Zukunftsmusik

Zuletzt hatte Apple eine Kooperation mit der Firma Rockley Photonics Holdings geführt, welche nach Rettung aus einem Insolvenzverfahren wieder von bahnbrechenden Forschungen an einem Messverfahren am Handgelenk berichtet hatte. Apple hat-

Die bisher auf dem Markt befindlichen Systeme (Smartwatches und Smarrings) sind nicht als Medizinprodukte zugelassen und liefern keine validen Messwerte.



Foto: alexey_boldin - stock.adobe.com

te schließlich jedoch „nur“ angekündigt, eine App zu entwickeln, die Menschen mit Prädiabetes hinsichtlich einer Ernährungsoptimierung unterstützen solle. Die Firma Samsung hatte ebenfalls die Einführung eines nicht-invasiven Messverfahrens für ihre Smartwatches angekündigt. Allerdings ist bei dem Messverfahren die Rede von AGE (advanced glycation endproducts). Diese können zwar im Zusammenhang mit dem Blutglukosespiegel stehen, da ein erhöhter Blutglukosespiegel auch den AGE-Spiegel erhöht, jedoch entstehen AGE nicht nur endogen, sondern können auch exogen aufgenommen werden. Die AGE-

Bildung reagiert zudem nicht nur auf Glukose, sondern auch sensibel auf Fruktose und Galaktose. Ob das System also letztendlich Glukosewerte liefert, die dem Therapiemanagement bei Diabetes dienlich sind, ist unklar. In Frage stellen muss man außerdem die Möglichkeiten der Firmen, Support für ein Medizinprodukt zu liefern, denn das Inverkehrbringen von Medizinprodukten erfordert in Deutschland die Einhaltung verschiedenster Gesetze, die u.a. Anforderungen an das Erfassen, Weiterleiten und Bearbeiten von Fehlfunktionen stellen.

Neben Methoden, die den Glukosewerte z.B. aus dem Schweiß ermitteln können, werden auch andere Verfahren getestet. So ist bereits belegt, dass über Metabolite in der Atemluft Rückschlüsse auf den Glukosegehalt im Blut gezogen werden können. Die Firma BOYD-Sense, Inc. erforscht aktuell, wie sich dies in einem valide operierenden wie auch praktikablen Glukosemesssystem umsetzen lässt.

Schlussfolgerungen

Der Markt für Diabetestechnologien ist ein sehr dynamischer. In den letzten Jahren wurden viele Fortschritte gemacht, viele weitere sind zu erwarten. Einige Hersteller haben für 2025 konkrete Updates für ihre bereits verfügbaren Produkte sowie neue Entwicklungen angekündigt. Viele Fortschritte können wir gespannt mitverfolgen, etwa bei bi-hormonellen Fully-Closed-Loop-Systemen oder nicht-invasiven Messmethoden. Einiges davon ist in der Entwicklung jedoch zeitintensiv und wird 2025 vermutlich noch nicht verfügbar sein.

Interessenskonflikt

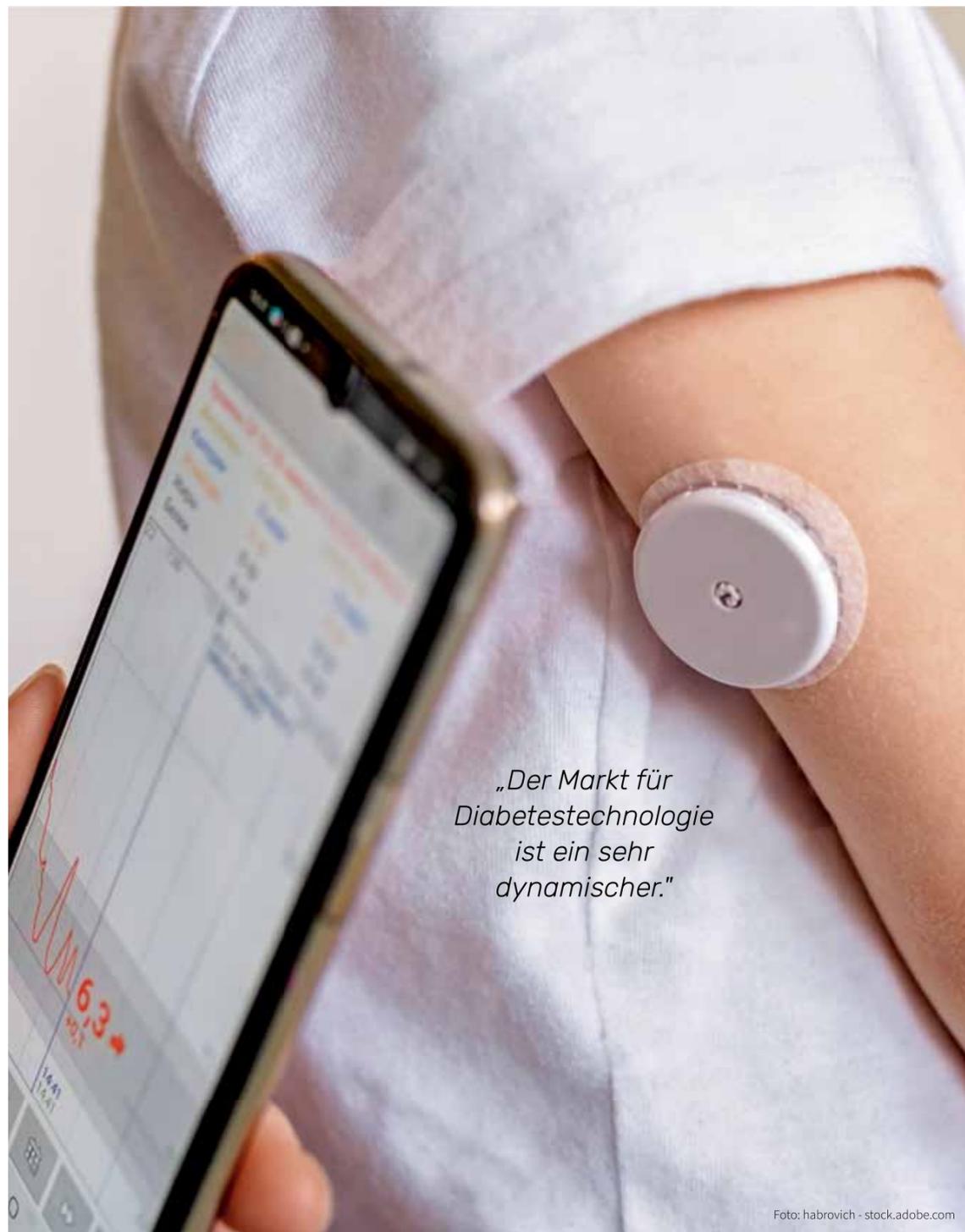
Die Autorin gibt an, dass bzgl. der Thematik des Artikels keine Interessenskonflikte bestehen.

i Insulet's SECURE-T2D Pivotal Trial Results Demonstrate Omnipod® 5 Improves Clinical Outcomes and Quality of Life in Type 2 Diabetes. News release. Insulet. 21.06.2024. Accessed June 24, 2024. <https://investors.insulet.com/news/news-details/2024/Insulets-SECURE-T2D-Pivotal-Trial-Results-Demonstrate-Omnipod-5-Improves-Clinical-Outcomes-and-Quality-of-Life-in-Type-2-Diabetes/default.aspx> Letzter Zugriff 25.01.2025.

ii Levy CJ, Raghinaru D, Kudva YC, Pandit K, Blevins T, Casaubon L, Desjardins D, Levister CM, O'Malley G, Reid C, Lum J, Kollman C, Beck RW. Beneficial Effects of Control-IQ Automated Insulin Delivery in Basal-Bolus and Basal-Only Insulin Users With Type 2 Diabetes. Clin Diabetes. 2024 Winter;42(1):116-124. doi: 10.2337/cd23-0025. Epub 2023 Aug 28. PMID: 38230336; PMCID: PMC10788662

iii Do Not Use Smartwatches or Smart Rings to Measure Blood Glucose Levels: FDA Safety Communication. FDA. 21.02.2024. <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/do-not-use-smartwatches-or-smart-rings-measure-blood-glucose-levels-fda-safety-communication> Letzter Zugriff 25.01.2025.

iv <https://www.ifdt-ulm.de>



„Der Markt für Diabetestechnologie ist ein sehr dynamischer.“

Foto: habrovich - stock.adobe.com

Technologie in der Ausbildung: kaum Thema

UNTERREPRÄSENTIERT. Die Diabetes-Technologie bzw. die Digitalisierung sind die Zukunft bei der Diabetesbehandlung. Wie kommt es dann eigentlich, dass dieser Themenbereich im Studium und in der Facharztausbildung viel zu kurz kommt. Dr. Jonas Laaser hat sich darüber Gedanken gemacht.

Kommt ein Mensch mit AID in eine Notaufnahme...“ Für die meisten Menschen klingt das wie der Anfang eines Witzes, für diejenigen, die diabetologisch tätig sind, löst dieser Satz allerdings häufig ein beklemmendes Gefühl aus. Denn auf diesen Satzbeginn folgt keine humorvolle Pointe, sondern die traurige Realität, dass es in Kliniken immer noch dazu kommt, dass jegliche “Fremdkörper”, wie eben ein AID-System, welches ein Mensch mit Diabetes am Körper trägt, gerade in Akutsituationen erstmal abgenommen werden - manchmal auch ohne jeglichen äußeren Druck. Woran liegt es, dass Menschen mit Diabetes so essenzielle Bestandteile der Therapie einfach weggenommen werden?

Nach knapp vierjähriger Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und trotz meines jahrelangen Engagements in der AG Nachwuchs der DDG sowie meiner aktuellen Tätigkeit in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis, muss ich zugeben: Auch ich weiß noch viel zu wenig über Diabetestechnologie. Woran liegt es, dass die offensichtliche Zukunft unseres Faches noch so wenig Einzug in die Ausbildung der zukünftigen Behandler:innen hält?

„Unterrepräsentiert: die Diabetologie“

Die Diabetologie ist insgesamt absolut unterrepräsentiert im Studium der Humanmedizin. Wenn man im gesamten Studium im Schnitt vier (!) Stunden Unterricht mit diesem Schwerpunkt erfährt, können Sie sich vorstellen, wie viel Platz hier die Diabetes-Technologie einnimmt. Natürlich ist das ein absolutes Armutszeugnis für ein Krankheitsbild, welches den klinischen Alltag nicht nur in der hausärztlichen Praxis, auf der internistischen Station, sondern in allen Fachrichtungen gleichermaßen prägt.

Dass die Zahl der diabetologischen Lehrstühle an den Universitäten in Deutschland in den letzten Jahrzehnten rückläufig ist und somit die diabetologische Forschung nur noch vereinzelt an wenigen Hochschulen stattfindet, hilft der Ausbildung der Medizinstudierenden und der allgemeinen Präsenz des Faches natürlich überhaupt nicht. Andere Fächer wie die Kardiologie oder Onkologie nehmen deutlich mehr Raum in der Ausbildung ein und bieten somit auch mehr Möglichkeiten für das Entfachen einer Begeisterung und Interesse bei den Studenten.



Dr. med. Jonas Laaser
Assistenzarzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie
Hamburg-Süd
Sprecher AG Nachwuchs
Foto: Dirk Michael Deckbar

Aber auch wenn man den endokrinologisch-diabetologischen Ausbildungsweg einschlägt, ist das Erlernen der Diabetestechnologie nicht programmiert. In fast vier Jahren universitärer Ausbildung habe ich eine Pumpeneinstellung bei einem Menschen mit Diabetes begleitet - was bedeutete, dass ich die Visitenotizen sowie den Brief geschrieben habe und den pädiatrischen Diabetesberater:innen viele Fragen zu der Prozedur stellen konnte. Im Konsil-Dienst und auf Station bestand die Möglichkeit zur Einsicht von aktuellen CGM-Daten über das Handy oder das Auslesegerät der Patient:innen. Das Ansehen eines vollständigen AGP-Profiles, z.B. über das Krankenhausinformationssystem (KIS) war in der Regel nicht verfügbar. Auch wenn meine diabetologisch-endokrinologische Ausbildung an beiden Unis rückblickend subjektiv wahrgenommen sehr intensiv war, hätte ich mir mehr Einblicke in die Aspekte der Diabetestechnologie gewünscht.

Aufgrund des Frustes in Bezug auf diese strukturelle Problematik war ich sehr froh, auf die diesjährige diatec eingeladen worden zu sein, um meine bisherigen Eindrücke in der ärztlichen Ausbildung in einem Workshop darstellen zu können. Es auszusprechen hilft aber natürlich nur kurzfristig und man engagiert sich schließlich in der (Berufs-)Politik mit dem Ziel, die Bedingungen für die aktuelle und die nächsten Generationen von Mediziner:innen zu verbessern. Wir diskutierten im Workshop über den Status Quo, aber vor allem über Möglichkeiten, diesen zum Besseren zu ändern.

Was muss gelehrt werden?

Das Studium sollte als Minimalziel die (zeitkritischen) Notfälle aller Fächer vermitteln. Die technischen Messprinzipien und die Unterschiede zwischen den verschiedenen Anbietern bei den CGM- und AID-Systemen müssen sicherlich nicht via „multiple



Foto: 78art - stock.adobe.com

choice“ abgefragt werden. Es sollte aber vermittelt werden, was der Unterschied zwischen Blut- und Gewebezucker ist, welche technologischen Prinzipien verfügbar sind und wie diese zur Feststellung von akuten Notfällen beitragen. Die Technik entwickelt sich aktuell so rasant weiter, dass wir uns nicht sicher sein können, dass diese auch in fünf Jahren noch relevant sein wird, wenn wir sie heute lehren.

Absolute Basics fehlen oft

In Akutkliniken ohne diabetologischen Schwerpunkt wird häufig - im Rahmen von Infekten oder OPs zum Beispiel - die orale anti-diabetische Therapie pausiert, und es muss teilweise vorübergehend auf eine ICT eskaliert werden. Eine ICT ist, wie wir alle wissen, deutlich effizienter mit CGM zu steuern. Aber sind wir mal ehrlich - man kann schon froh sein, wenn wirklich ans Pausieren von Metformin und SGLT2-Inhibitoren gedacht wird. Natürlich wäre es ein großer Fortschritt, sollte gemäß des Essener Vorzeige-Projekts von Prof. Dr. Susanne Reger-Tan jeder Mensch mit Diabetes in einer Klinik für den Aufenthalt mit einem CGM versorgt werden. Die Realität ist allerdings so, dass oft absolute Basics fehlen.

Ausbildung verbessern

Die zweiwöchigen Kurse bieten einen ersten - und guten - Einstieg ins Thema, die Fortbildungsangebote der AGDT und von diatec ergänzen diesen, erscheinen aber teilweise zu oberflächlich und manchmal nicht praktisch genug. Assistenzärzt:innen sind in der Lebensphase, in der sie die Diabe-

logie erlernen, möglicherweise vielfach in der Familiengründungsphase - somit sollte für das digitale Thema auch ein digitales, zeitlich und örtlich flexibles Lernen ermöglicht werden. Eine Traumvorstellung ist natürlich ein individuelles Mentoring und ein Lernen in Kleingruppen, welche einen guten Austausch ermöglichen. Leider kann man manchmal nicht alles haben.

Kann die DDG dies langfristig anbieten oder sind wir hier weiterhin auf die Industrie angewiesen? Als Nachwuchs würde ich mir wünschen, dass erfahrene Expert:innen hier die nächste Generation aktiv unterstützen.

Akute Problemlösungen?

Das Erlernen des Umgangs mit Diabetestechnologie als Arzt oder Ärztin in Weiterbildung beruht momentan noch primär auf Eigeninitiative und Kontakten mit der Industrie. Eine Idee im Workshop war es, an den Universitäten Kurse für Diabetestechnologie anzubieten, um Interesse an der Mustererkennung, der Logik und der Technologie dahinter zu wecken. Als AG Nachwuchs der DDG gehen wir mit »Students Diabetes Days« mehrfach pro Jahr an verschiedene Unis und bieten solche Kurse an, bei denen wir auch an CGMs und Pumpen heranführen wollen. Aus zeitlichen, personellen und finanziellen Gründen können wir solch ein Angebot aber nicht flächendeckend realisieren.

Auch wenn sich die Lehrenden in der Endokrinologie sehr intensiv einsetzen, so sind Lehrstunden begrenzt. Dass die universitäre Lehre das Thema Diabetes nicht adäquat abdeckt, muss kurzfristig geändert werden! Mittel- bis langfristig muss die Anzahl der Lehrstühle gesteigert werden. Daran arbeiten wir bereits mit dem Vorstand der DDG. Aber was kann die aktuelle Generation an Diabetolog:innen beitragen, um das dargestellte Pro-

blem aufzufangen? Natürlich ist mir bewusst, dass die Führung einer Schwerpunktpraxis oder einer diabetologischen Klinik neben dem privaten Alltag nicht besonders viel Zeit für andere (unbezahlte) Tätigkeiten lässt. Um große und kleine Projekte zur Verbesserung der diabetologischen Lehr- und somit später Versorgungssituation umzusetzen, brauchen wir viel Unterstützung. Bitte engagieren Sie sich in Ihren lokalen Berufsverbänden, bei der DDG oder in Eigeninitiative. Ich glaube, dass die Ausbildung der nächsten Generationen durch Studierendenunterricht sowie der hochqualitativen Betreuung von Famulant:innen und PJler:innen unumgänglich ist. Bitte laden Sie die nächste Generation aktiv zum Lernen ein, entfachen Sie die Begeisterung für unser tolles Fach!

Wenn sich Menschen entscheiden sollten, selbst diabetologisch tätig sein zu wollen, sichern sie vielleicht die eigene Versorgung und/oder eine Praxisnachfolge. Wenn dies nicht klappen sollte, so weiß man doch, dass es ein paar weniger Personen mit zu viel Respekt (oder sogar Angst) vor Diabetestechnologie geben wird. Wenn nach »Kommt ein Mensch mit einem AID in die Notaufnahme...« der Satz so fortgeführt wird: „wird dieser adäquat auf hohem Niveau interprofessionell betreut“, können wir zufriedener sein.

Austausch

Gerne würde ich mit Ihnen die nächsten Jahre die Kniffe der Diabetestechnologie erlernen und freue mich, meinen Weg dahin in einer kleinen Kolumne im Diabetes-Forum und auch hier mit Ihnen zu teilen. Wenn Sie noch Tipps haben, wie ich ein absoluter Profi für CGMs, Pumpen, AID und Co werden kann, freue ich mich, wenn Sie sich per E-Mail mit mir austauschen unter: jonas_laaser@hotmail.de.

„Mittel- bis langfristig muss die Anzahl der Lehrstühle wieder gesteigert werden.“

Digitales DMP

SCHULUNG. Über 20 Jahre nach Einführung der DMP-Programme soll im nächsten Jahr ein digitales Disease-Management-Programm Diabetes (dDMP) eingeführt werden. Welche Konsequenzen hat dies für die Schulung?

Mit dem im März 2024 in Kraft getretenen Digitalisierungsgesetz (DigiG) ist der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt worden, ein digitales DMP-Diabetes (dDMP Diabetes) zu entwickeln. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Indikation Diabetes die meisten DMP-Teilnehmer stellt. Mit Stand 1. Januar 2024 sind fast 5 Millionen Menschen mit Diabetes in die DMP-Programme eingeschrieben: 4 495 887 in das DMP-Typ-2-Diabetes und 259 153 im DMP-Typ-1-Diabetes.

„Wir sollten Optimierungsmöglichkeiten durch digitale Prozesse nutzen.“

Als minimale Anforderungen für ein dDMP hat der Gesetzgeber definiert, dass der G-BA in der Ausgestaltung die elektronische Patientenakte (ePA), den elektronischen Medikationsplan, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die TI-Messengerdienst, Videosprechstunden, andere telemedizinische Leistungen und die Personalisierung der Behandlung in die Versorgungsabläufe eines dDMP-Diabetes integriert. In einem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt („DiGA.Pro“) der Bertelsmann-Stiftung und dem fbeta-Institut wurden im Teilprojekt „digitales DMP Diabetes“ Vorschläge erarbeitet, wie Versorgungsprozesse innerhalb der bestehenden Strukturen und Regulatorik



Prof. Dr. Bernhard Kutzer
Diabetes Klinik, FIDAM,
diateam (Bad Mergentheim)

Foto: DDG/Dirk Deckbar

eines DMP so digitalisiert werden können, dass der Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung durch Integration digitaler Strukturen verbessert werden kann. Die Ergebnisse sind in einem Abschlussbericht festgehalten und wurde dem G-BA zugesandt (https://fbeta.de/wp-content/uploads/2024/07/DiGA-Pro_Abschlussbericht.pdf). Zudem wurden Verbände – wie auch die DDG, BVND, VDBD – aufgefordert, Vorschläge und Kommentare zu einem ersten Entwurf des G-BA zum dDMP Diabetes abzugeben. Hier haben die Diabetesverbände vor allen darauf gedrängt, dass alle digitalen Anwendungen wie CGM, AID-Systeme, Smartpens etc. integriert werden.

Das dDMP soll zukünftig parallel zu den bestehenden DMP angeboten werden. Menschen mit Diabetes haben somit die Wahl, ob sie an einem „klassischen“ DMP oder – voraussichtlich ab 2026 – an dem neuen dDMP Diabetes teilnehmen möchten (siehe Abb. 1).

Schulung als ein Handlungsfeld

Von der Projektgruppe wurden mehrfach ein Bezug zu dem Themenfeld Schulung erarbeitet. So wird z.B. empfohlen den Gesundheitspass Diabetes zu digitalisieren, auf dem beispielweise neben



Foto: ZETHA_WORK – stock.adobe.com

ausstehenden Untersuchungen auch ausstehende Schulungen dokumentiert werden könnten. Auch sehr sinnvoll: In den bestehenden DMP-Diabetes wird regelhaft ein ähnliches Betreuungsraster (üblicherweise quartalsweise Regeltreffen des Patienten, der Patientin mit dem koordinierenden Arzt, Ärztin) vorgegeben. Dies führt jedoch häufig zur Unter- wie auch Überversorgung, da einige Patienten bei Nichterreichen von Therapiezielen oder akuten Problemen eine erhöhte Betreuungsintensität und -frequenz benötigen, bei anderen wiederum nur in größeren Abständen ein persönlicher Arztkontakt notwendig ist. Eine Maßnahme, die dann in einem digitalen Entscheidungsbaum bei intensiverem Betreuungsbedarf automatisiert vorgeschlagen wird, wäre der erneute Besuch einer Diabetesschulung oder einer (Online)Coachingmaßnahme (siehe Abb. 2).

Eher kritisch würde ich den folgenden Vorschlag der Gruppe bewerten: „Eine Intensivierung von Schulungen kann therapiebegleitend und anlass/kontextbezogen aus einer die Therapie begleitenden DiGA erfolgen. Über Erfolgskontrollen können Inhalte

und Lerngeschwindigkeit an den Patienten angepasst werden“. Gerade in kritischen Situationen sollte m.E. eine Schulung durch eine ausgebildete Schulungskraft erfolgen, die gleichzeitig auch die Therapie einer Person mit Diabetes im Auge hat und konkrete Vorschläge zur Therapieoptimierung mit der Teilnehmerin, dem Teilnehmer bespricht. Ähnlich kritisch würde ich auch den folgenden Vorschlag beurteilen: „Bei Über- bzw. Unterzuckerungen können über DiGA akute Handlungshinweise an den Patienten gegeben werden. Nach überstandener Episode kann aus der DiGA oder über Ad-hoc-Schulungen eine Aufarbeitung erfolgen, bei der der Patient am eigenen Fall reflektiert, was er richtig gemacht hat und was er beim nächsten Mal anders machen muss“. Hier wird meines Erachtens die Wirkung einer DiGA überschätzt.

Digitale Prozesse zur Optimierung der Schulung

Sicher sinnvoll ist es hingegen, mit digitalen Begleitfunktionen und -instrumenten den Schulungsprozess zu optimieren. Hierzu gehört das Terminmanagement für empfohlene, gebuchte und besuchte Schulungen, digitale Anwendungen zur Verwaltung von Schulungsmaterialien und eigenen Notizen, digitale Formate zur Erläuterung von Inhalten verschiedener Schulungsprogramme, Erinnerungsfunktionen zur Schulungsteilnahme, digitale Tools zur Operationalisierung eines Schulungs- bzw. Nachschulungsbedarfs, zur Kontrolle des Lernerfolgs oder auch digitale Schulungsmodule zum Einsatz im klinischen Alltag (z.B. zum Thema Hypoglykämie nach einer schweren Unterzuckerung).

Personalisierung der Schulung

Idealerweise sollten Schulungsangebote mit einer digitalen Umsetzungskomponente die Personalisierung der Schulung unterstützen und die folgenden Elemente beinhalten:

1. Assessment des Schulungs- und Informationsbedarfs (z.B. wie oft schon geschult; Wissens-

stand; persönliches Anliegen für die Schulung).

2. Erfassung und Einbeziehung von persönlichen Präferenzen (z.B. Präsenz- oder Onlineschulung; Sprache; Zeitraum).
3. Erfassung und Monitoring der persönlichen Ziele (z.B. Ziele für die Schulung; Grad der Zielerreichung).
4. Persönliches Nutzerfeedback (z.B. Bewertung der Schulungsinhalte; Methodik, Didaktik; Verbesserungspotentiale).

Chancengleichheit

Nur wenige Hausärzte bieten bei Neumanifestation eines Typ-2-Diabetes eine sofortige Schulung an oder überweisen zur Schulung an eine diabetologische Schwerpunktpraxis. Nach den Leitlinien wäre dies jedoch eine der wichtigsten Maßnahmen, damit Patienten den richtigen Umgang mit der Erkrankung lernen. Es kann aber auch eine Reihe anderer Gründe geben, warum eine Schulung nicht stattfinden kann (z.B. Sprachprobleme, Termenschwierigkeiten, keine Möglichkeit, in die Praxis zu kommen). Hier bieten sich überregionale, digitale Schulungsangebote an, die auf diese Art und Weise Patienten per Überweisung die Möglichkeit bieten, zeitnah an einer für sie geeigneten und sinnvollen strukturierten Schulung teilnehmen zu können.

Chancen durch das dDMP

Es ist sehr sinnvoll, auch in Hinblick auf die strukturierte Schulung auf die Optimierungsmöglichkeiten durch digitale Prozesse hinzuweisen. In vielfacher Hinsicht kann eine Schulung durch digitale Komponenten verbessert, personalisiert und modernisiert werden. Es bleibt abzuwarten, ob das dDMP auch für die strukturierte Schulung einen Optimierungsschub auslöst und für die aktuelle bestehenden Probleme der Unter- und Überversorgung der Schulung sinnvolle Lösungen ermöglicht. Was meinen Sie? Wir sind auf Ihre Einschätzung – natürlich auf digitalem Wege – gespannt.

Entscheidungsbedarf	Welche Formen engmaschigerer Betreuung können Patienten im dDMP Diabetes bei Bedarf angeboten werden?
Optionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Höhere Terminfrequenz vereinbaren (siehe SP-1.5) ▪ Begleitende telemedizinische Betreuung durchführen (siehe SP-1.7) ▪ Verordnung einer DiGA zur engen Überwachung der Therapieausführung ▪ Regelmäßige ärztliche Intervention mit asynchroner Kommunikation ▪ Flankierung der Therapie durch personalisiertes (Online-)Coaching ▪ Durchführung eines intensivierten Schulungsprogramms

Abb. 1 Zeitplan bis zur Einführung des dDMP-Diabetes.

 <p>03/2024 DigiG tritt in Kraft</p>	 <p>04/2024 - 03/2025 Kassen und KVen schließen auf der Basis der G-BA-Vorgaben Verträge zum dDMP</p>
<p>04/2024 - 03/2025 Einarbeitung des dDMP in die DMP-Anforderungs-Richtlinien</p>	<p>Ab 04/2026 Menschen mit Diabetes können sich in das dDMP einschreiben</p>
<p>Bis 03/2025 Stellungnahme von Verbänden</p>	

Abb. 2: Umsetzungsoptionen der bedarfsbezogenen engmaschigeren Betreuung entsprechend des Entscheidungsbedarfs (aus Projektbericht Digitales Disease-Management-Programm Diabetes, 2024).



Weniger bringt mehr

Menschen mit Diabetes präferieren eine niedrige Injektionsfrequenz – und profitieren häufig auch davon

BERLIN. Einmal täglich, einmal wöchentlich oder nur einmal monatlich – die Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln mit längerer Wirkdauer nach Einmalapplikation schreitet voran. Welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus und welche Präferenzen haben Menschen mit Diabetes?

Professor Dr. THOMAS FORST, Mainz, führte Belastungen durch die Applikationsfrequenz auf, die „in vielen Köpfen drin sind“. Häufige Insulininjektionen seien belastend, unangenehm und trügen zur Verzögerung klinischer Maßnahmen und geringer Adhärenz bei. Sowohl Menschen mit Diabetes als auch Ärzt*innen bevorzugten weniger Injektionen zum Erreichen der glykämischen Ziele. Im Vergleich zur täglichen Gabe von Medikamenten werde eine einmal wöchentliche Anwendung als angenehmer empfunden und ermögliche eine bessere Adhärenz. Über zehn Jahre gerechnet könne man dabei ca. 3.000 Injektionen einsparen, rechnete Prof. Forst vor.

Schlimmer als z. B. die Dicke/Länge der Applikationsnadel oder Schmerzen an der Einstichstelle empfänden

»Über zehn Jahre 3.000 Injektionen weniger«

Patient*innen tatsächlich die Injektionsfrequenz – das sei aus den Daten einer Studie aus 2016 hervorgegangen. Da eine geringere Adhärenz mit schlechter glykämischer Kontrolle, mehr Hospitalisierungen, diabetesbedingten Komplikationen und höheren Gesundheitskosten verbunden ist, seien Strategien zur Verbesserung der Therapieadhärenz gefragt.

Patientenpräferenzen auf dem Prüfstand

Prof. Forst erläuterte anhand einer Metaanalyse zu inkretinbasierten Therapien, dass das Risiko der Nicht-Adhärenz bei einer Gabe 1 x/ Woche (versus 1 x/Tag) deutlich geringer ist. Er erinnerte an die Diskussion vor der Einführung der einmal wöchentlichen Gabe von GLP1-RA und die Sorge, dass unter diesem Therapieregime die Injektion vergessen werden könnte. Das sei nicht eingetreten, außerdem habe die STAY-Studie eine bessere Adhärenz und Stoffwechselkontrolle durch die wöchentliche Medikation belegt. Der Unterschied in der Stoffwechselkontrolle komme zum Tragen, wenn mindestens eine Adhärenz von 80 % der Injektionen

erreicht werde. Dieser Unterschied verschwinde, wenn die Adhärenz unter 80 % fällt – „dann scheint es egal zu sein, ob man einmal wöchentlich oder einmal täglich injiziert“.

Aber ganz so einfach scheine es mit den Präferenzen dann doch nicht zu sein. In der REVISE-Studie habe ein Großteil der 600 Teilnehmenden mit Typ-2-Diabetes zunächst die Option der „1 Tablette/Tag“ gegenüber „1 Injektion/Woche“ bevorzugt. Nach der Betrachtung von produktspezifischen Schulungsvideos seien die Probandenanteile, die die einzelnen Optionen präferierten, statistisch nicht mehr unterschiedlich gewesen.

Einmal wöchentliche Basalinsuline – für alle geeignet?

Werden sich einmal wöchentliche Insuline durchsetzen? Prof. Forst erläuterte die Wirkweise des ersten in Deutschland zugelassenen Wocheninsulins:

- Nach der Injektion von Insulin icodec zerfallen die Insulin-Hexamere relativ rasch zu einzelnen Insulinmolekülen (Monomeren), die an Albumin binden bzw. in die Blutbahn gelangen, dort an Albumin binden und sich im Körper verteilen.
- So entsteht mit Hilfe des körpereigenen Albumins ein zirkulierender Insulinspeicher. (Es gibt also kein subkutan Insulindepot.) Vom Albumin lösen sich stetig einzelne Insulin-icodec-Moleküle, die dann an Insulinrezeptoren im

Zielgewebe binden. Insulin icodec nutzt dafür weniger als 0,1 % des natürlichen Insulinspeichers.

- Eine Woche lang wird nun gleichmäßig Insulin freigesetzt.

Nach drei bis vier einmal wöchentlichen Injektionen werde ein Steady State erreicht und die Wirkstofffreisetzung verlaufe dann „annähernd gleichmäßig“ über sieben Tage. In den diversen ONWARDS-Zulassungsstudien habe sich eine vergleichbare Stoffwechselkontrolle (HbA_{1c}) wie unter einmal täglicher Insulingabe gezeigt. Beim Typ-2-Diabetes, sowohl mit Insulinerfahrung als auch insulinnaiv, zeigte sich keine erhöhte Hypoglykämiegefahr.

Anders sieht es beim Typ-1-Diabetes aus: Die geschätzte Rate für klinisch relevante oder schwere Hypoglykämien (Ereignisse pro Patienten-

»Vierteljährliche Injektion denkbar«

jahre mit Exposition) war in der ONWARDS 6-Studie unter Insulin icodec gegenüber Insulin degludec erhöht. Für das kurz vor der Zulassung stehende Efsitora alfa beschrieb Prof. Forst die Datenlage als vergleichbar.

Neben den potenziellen Vorteilen wie Flexibilität beim Anwendungszeitpunkt, dem stabilen und vorhersagbaren pharmakokinetischen Profil und der verminderten glykämischen Variabilität (während eines Tages und zwischen verschiedenen Tagen) gebe es auch Bedenken, so Prof. Forst. Die wöchentlichen Äquivalenzdosen müssten sowohl für therapienaive als auch für umzustellende Patient*innen berechnet werden. „Der Titrationsalgorithmus ist gewöhnungsbedürftig.“ Das Konzept einer einmaligen Startdosis (Load-Dosis) könne Vorbehalte hervorrufen.

Wie geht die Entwicklung weiter? Prof. Forst rechnet damit, dass es sowohl für Insulin als auch für Inkretine eine einmal monatliche Applikation geben wird. Und die vierteljährliche Applikation? „Ich denke, auch das ist etwas, was durchaus in Entwicklungen drinsteckt.“

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Kongress 2025

Geehrt für ausgezeichnete Leistungen

Während des Diabetes Kongresses wurden zahlreiche Preise vergeben

BERLIN. Einigen der Teilnehmenden am Diabetes Kongress 2025 stand während der Kongresstage ein ganz besonderes Ereignis bevor: Sie bekamen einen Preis verliehen, wurden geehrt und ausgezeichnet – entweder in der Paul-Langerhans-Vorlesung oder in einem Symposium. Ausführlich berichtet wird darüber in Ausgabe 5.

- **Paul-Langerhans-Medaille:** Prof. Dr. Annette Schürmann, Potsdam-Rehbrücke
- **Helmut-Otto-Medaille:** Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Aachen

- **Young Investigator Award:** Dr. Raffaele Teperino, München
- **Ehrenmedaille:** Dr. Jens Kröger, Hamburg
- **Ehrendadel in Gold:** Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Berlin
- **Ehrenmitgliedschaft:** Prof. Dr. Horst Harald Klein, Prof. Dr. Hans Peter Hammes, Prof. Dr. Harald Schmechel, Prof. Dr. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe
- **Werner-Creutzfeldt-Preis:** Prof. Dr. Carolin Daniel, München
- **Silvia-King-Preis:** PD Dr. Svenja Meyhöfer, Lübeck

- **Paul-Kimmelstiel-Projektpreis der AG Diabetes & Niere:** PD Dr. Ivonne Löffler
- **Adam-Heller-Projektförderung:** Dr. Maximilian Meyer-Steenbuck, Freiburg
- **Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung:** PD Dr. Katharina Laubner, Freiburg
- **Hellmut-Mehnert-Projektförderung:** Leontine Sandforth, Tübingen
- **Friedrich-Arnold-Gries-Preis:** Prof. Dr. Dr. h.c. Dan Ziegler, Düsseldorf

Prof. Annette Schürmann mit ihrem Laudator Prof. Dr. Jochen Seufert.

Foto: DDG/Dirk Deckbar



- **Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis:** Dr. Teresa Rodriguez-Calvo, München
- Die Namen der **Posterpreisträger*innen** folgen in Ausgabe 5.

Mehr über Preise und Preisträger*innen:

ddg.info/forschung/forschungspreise



Medizin & Markt

Weniger Komplikationen und Zeitgewinn

Typ-1-Diabetes: Vorteile der Früherkennung herausgestellt

➔ Fachpressekonferenz – Sanofi

FRANKFURT. Einen Typ-1-Diabetes (T1D) präsymptomatisch diagnostizieren – das funktioniert zunehmend zuverlässig.

Befürworter*innen der Früherkennung nennen diese Vorteile: Komplikationen wie die diabetische Ketoazidose können verhindert wer-

den, der optimale Zeitpunkt für die Insulintherapie kann bestimmt werden. „Es ist nicht nur eine Frage der Stoffwechsellage, sondern auch der langfristigen Blutzuckerkontrolle, des BMI und der Lebensqualität“, erklärte Dr. FELIX RESCHKE, Oberarzt am Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult in Hannover, mit Verweis auf die Fr1da-Studie (darin wurden

bisher 220.000 Kinder bis zum Alter von zehn Jahren auf Autoantikörper untersucht) und eine aktuelle Analyse aus dem DPV-Register. Insgesamt hätte ein bundesweites, populationsbezogenes Früherkennungsprogramm das Potenzial, das DKA-Risiko bei klinischer Manifestation um bis zu 61 % zu reduzieren.

Die positiven Effekte einer T1D-Früherkennung erstrecken sich auch auf die psychosozialen Auswirkungen der Erkrankung: In der Fr1da-Studie zeigte sich, dass das Stresslevel – insbesondere bei Müttern von Kindern mit präsymptomatischem T1D – nach anfänglicher Belastung innerhalb von zwölf Monaten signifikant sank. „Wenn wir es ernst meinen mit Prävention, dann müssen wir die vorhandenen Instrumente auch nutzen – und zwar bundesweit“, forderte Dr. Reschke abschließend. Mehr Informationen: gemeinsam-typ1.de. Red.

„Neues aus der Hauptstadt – Diabetes im Fokus“, im Nachgang zum 17. Hauptstadt-Symposium Diabetes



Typ-1-Diabetes-Früherkennung für alle Kinder – das wurde während der Pressekonferenz gefordert.

Foto: Christian Schwier – stock.adobe.com

Wochentherapien im Fokus

Wöchentliche Injektionstherapien bei Diabetes und Adipositas

➔ Industriesymposium – Novo Nordisk

WIESBADEN. GLP1-RA haben die Behandlung von Typ-2-Diabetes verändert, indem sie einen ganzheitlichen Ansatz fördern.

Ozempic kann den Blutzucker senken und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie das Fortschreiten einer chronischen Niereninsuffizienz verringern. Neue Studiendaten, z.B. vom ACC-Kongress und der STRIDE-Studie, zeigen, dass auch Menschen mit PAVK profitieren können. In der Nieren-Endpunktstudie FLOW wurde

bei Menschen mit CKD das Risiko für schwere Nierenereignisse um 24 % reduziert und der Nierenfunktionsverlust verlangsamt. Zudem sank das relative Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse und Tod um 18 % bzw. 20 %. Dr. MARCEL KAISER, Frankfurt, erklärte: „Der Latest-in-class GLP1-Rezeptoragonist Semaglutid ist der Einzige, der alle vier Bereiche des ganzheitlichen Ansatzes nach dem EASD/ADA-Consensus abdeckt: Blutzuckersenkung, Gewichtsmanagement sowie Reduktion kardiovaskulärer und renaler Risiken.“

Wöchentliche Injektionen könnten den Einstieg in die Insulintherapie erleichtern, die Adhärenz verbessern und die Blutzuckerkontrolle sichern. Seit September 2024 ist Insulin icodex (Awiqli) verfügbar. „Für Menschen, die zögern, eine Insulintherapie zu beginnen, könnte eine wöchentliche Gabe die Hemmschwelle erheblich senken und die Integration der Therapie in den Alltag deutlich erleichtern“, sagte Dr. STEFAN GÖLZ, Esslingen. Red.

„Fortschritte in der Diabetestherapie – die Wochentherapie“ – DGIM 2025

Zverev geht Unternehmenspartnerschaft ein

➔ Pressemitteilung – Medtronic

Tennisprofi ALEXANDER ZVEREV und seine Stiftung arbeiten künftig mit dem Unternehmen Medtronic zusammen, „um weltweit das Bewusstsein für Typ-1-Diabetes zu schärfen“, wie es in der Pressemitteilung von Medtronic heißt.

Man teile die gemeinsame Überzeugung, dass Diabetes „einem erfüllten Leben niemals im Wege stehen“ solle. „Alexander ist ein eindrucksvolles Beispiel für jemanden, der die Grenzen des Möglichen ständig neu auslotet und dabei Millionen inspiriert“, sagt

QUE DALLARA, President Diabetes Operating Unit bei Medtronic. Im Jahr 2022 gründete Zverev, bei dem im Alter von vier Jahren Typ-1-Diabetes diagnostiziert worden war, gemeinsam mit seinem Bruder MISCHA und seinen Eltern IRINA und ALEXANDER ZVEREV SENIOR die Alexander Zverev Foundation, um Kinder mit Typ-1-Diabetes auf der ganzen Welt zu unterstützen. Die Stiftung ermöglicht Zugang zu grundlegender Diabetesversorgung, einschließlich Insulin und anderer Medikamente. Zudem organisiert die Stiftung Aktivitäten wie Tennis- und Skicamps.

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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



Foto: iStock/AzmanJaka

DocCheck-Umfrage 2025

300 Allgemeinmediziner*innen befragt

➔ Media Roundtable - Abbott

WIESBADEN. Welche Vorteile sind durch die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) zu erwarten? Wie kann die Therapie dadurch verbessert werden?

Die Ergebnisse der DocCheck-Umfrage bestätigten einen Vorteil durch eine bessere medizinische Versorgung und eine Reduktion der Stigmatisierung, worunter Menschen mit Typ-2-Diabetes sehr häufig leiden. So ergab die Umfrage unter 300 niedergelassenen Allgemeinärzt*innen, dass Schuldzuweisungen bezüglich des Lebensstils (55 %) und mangelndes Wissen über die Erkrankung (39 %) am meisten dazu beitragen. Dr. BERNHARD LANDERS, niedergelassener Internist und Diabetologe aus

Mayen, betonte, wie schwierig es sei, die Betroffenen im Praxisalltag ob des großen Zeitaufwandes adäquat zu beraten bzw. zu betreuen. Demnach bekommen viele zu wenig Unterstützung, um mit der Erkrankung richtig umzugehen. Dr. Landers: „Es ist sehr wichtig, die Patientinnen und Patienten in Bezug auf Ernährungsumstellung und mehr Bewegung im Alltag zu motivieren. Kommentare wie ‚Iss nicht zu viel‘ oder ‚Selbstschuld, wenn du so dick bist‘ helfen dann nicht weiter. Empathie dagegen schon“. Tools wie DiGA oder CGM können dem Experten zufolge die Versorgungssituation verbessern. „Meine Patienten verstehen durch die Echtzeitdaten erstmals, wie sehr ihr Lebensstil die Glukosewerte beeinflusst. Das Monitoring auf dem Smartphone oder PC ist dabei selbsterklärend.“ In Kombination mit der Videosprechstunde ließen sich viele Themen zudem remote klären, „sofern die Patienten ihre Daten digital mit der Praxis teilen.“

Elke Engels

„DocCheck Umfrage 2025: Herausforderungen in der Diabetestherapie“ – DGIM 2025

»Tools wie DiGA oder CGM können die Versorgung verbessern«

Erweiterte Vorhersage mit Künstlicher Intelligenz

Proaktives Diabetesmanagement für Erwachsene mit Insulintherapie

➔ Symposium – Roche Diabetes Care

BERLIN. Die Accu-Chek SmartGuide-Lösung zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) bietet KI-gestützte Vorhersagen für ein proaktives Diabetesmanagement für Erwachsene mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes mit einer Insulintherapie.

SmartGuide“-App gesendet. Die „Accu-Chek SmartGuide Predict“-App wertet die Daten und weitere Informationen KI-gestützt aus, um möglichst präzise Glukoseprädiktionen zu treffen – einschließlich einer Vorhersage für nächtliche Glykämien über einen Zeitraum von sieben Stunden. Die Predict-App wurde für Menschen mit Diabetes über 18 Jahre mit ICT und Pumpentherapie entwickelt. Beide Apps sind für Android und iOS verfügbar. Die erweiterten personalisierten Vorhersagen basieren auf den individuellen Glukoseverläufen der Nutzenden. Damit gebe es nun die Möglichkeit, beim Diabetesmanagement weitgehend proaktiv zu agieren. Einer Online-Umfrage zufolge erwarten Menschen mit Diabetes von der erweiterten Vorhersage des Glukosespiegels z.B. eine geringere Angst vor Hypoglykämie. Daher stellten die Vorhersagen für sie einen Mehrwert dar, um die Diabetesbelastungen zu reduzieren, erläuterte Dr. Ehrmann. Bettina Baierl

Häufig wird Diabetes als „unberechenbar“ und als eine Erkrankung erlebt, die ständig der Planung und Kontrolle bedarf, erläuterte PD Dr. DOMINIC EHRMANN (FIDAM, Bad Mergentheim). Laut des Diabetes- und Technologiereports Diabetes (dt-report) ist die vorausschauende Warnung vor Unterzuckerung mit 48,9 % der Hauptgrund dafür, ein CGM-System zu wählen. Zudem ließe sich eine hohe Prävalenz der Angst vor Hypoglykämien feststellen: Angst, die so überwältigend geworden ist, dass sie zu Vermeidungsverhalten und dauerhaft erhöhten Glukosewerten führt, so Dr. Ehrmann. Eine neue „Accu-Chek SmartGuide“-CGM-Lösung liefert 14 Tage lang Glukosewerte, diese werden alle fünf Minuten an die „Accu-Chek

„Ein prädiktives CGM – einfach vorbereitet sein“ Diabetes Kongress 2025

EIN HOCH AUF DIE EINFACHHEIT

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

PASST AN

Mikrobioli passen die
Insulinabgabe an.¹

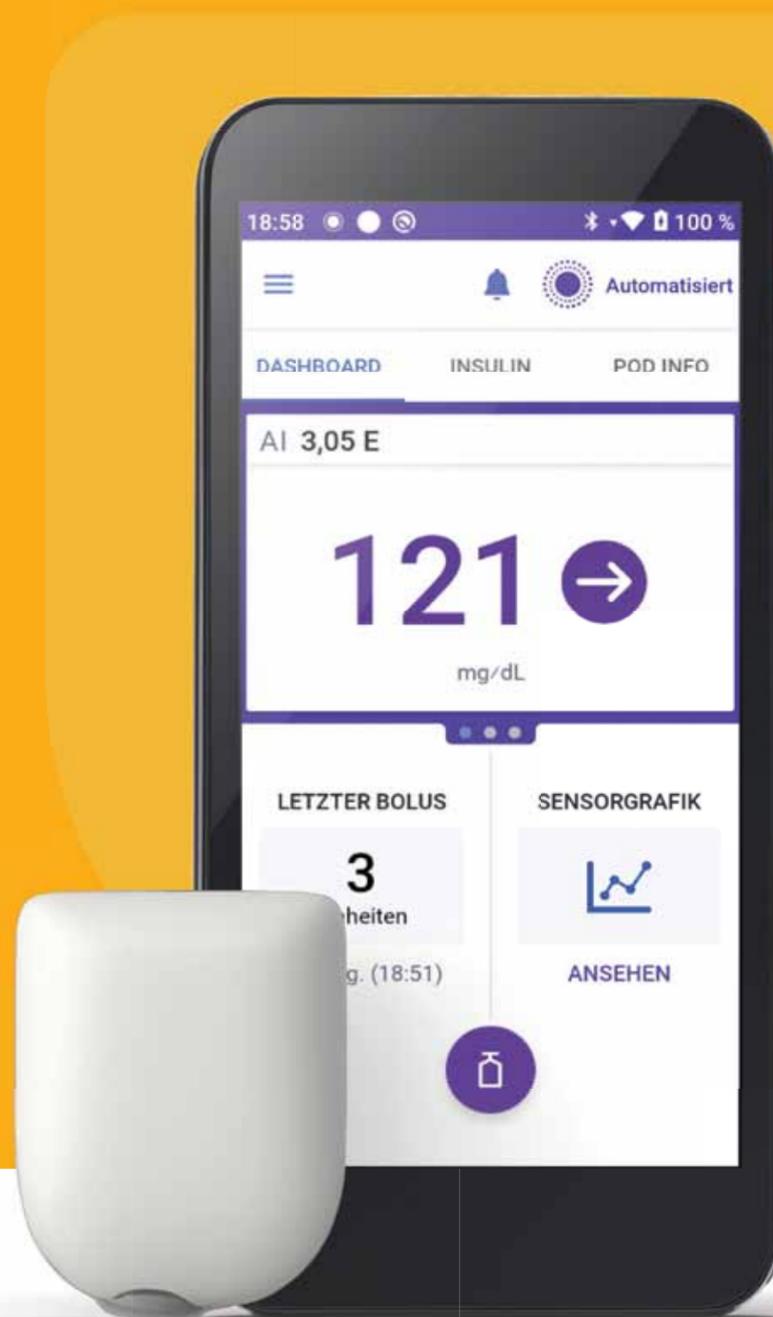
KORRIGIERT

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

SCHÜTZT

Die Insulinabgabe
wird reduziert
oder pausiert.*^{2,3}

Jetzt mehr zu
Omnipod® 5
erfahren



Der Pod ist ohne
erforderliches
Pflaster abgebildet.

INDIKATION: FÜR MENSCHEN MIT INSULINPFLICHTIGEM TYP-1-DIABETES IM ALTER AB 2 JAHREN.

1. Im Automatisierten Modus verwendet die SmartAdjust™-Technologie das Gesamtagesinsulin (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. Einarmlige 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. INS-OHS-06-2025-00033 V1

omnipod
automated insulin
delivery system
5

Like statt Leitlinie?

Chancen und Risiken ärztlicher Aufklärung im Netz

WIESBADEN. Ob Videos zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM), Podcasts über frühe Zeichen eines Typ-1-Diabetes oder Posts zur „Abnehmspritze“: Immer mehr Ärzt*innen und andere Gesundheitsfachkräfte kommunizieren über Instagram, TikTok oder YouTube mit einer breiten Öffentlichkeit. Während den meisten vor allem niederschwellige Gesundheitsaufklärung am Herzen liegt, verfolgen andere handfeste Geschäftsinteressen.

Wer in den sozialen Medien unterwegs ist und sich für Kindergesundheit interessiert, stößt über kurz oder lang auf den Kanal @handfussmund. Hier geben die Kinderärzte Dr. NIBRAS NAAMI vom Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und PD Dr. FLORIAN BABOR von der Universitätsklinik Düsseldorf in kurzen Videos Tipps zur gesunden Ernährung von Kindern, informieren über Diagnostik und Therapie bei verschiedenen Krankheitsbildern und erklären, was in diversen kindermedizinischen Notfall-situationen zu tun ist. Für Eltern, die sich ausführlicher informieren möchten, nehmen die beiden einmal wöchentlich einen etwa einstündigen Podcast zu konkreten kindermedizinischen Fragestellungen auf.

Ihr Konzept geht auf: Den beiden folgen mittlerweile über 324.000 Menschen auf Instagram, knapp 230.000 Follower zählt ihr Kanal auf TikTok. „Ich habe im klinischen Alltag immer schon gern erklärt, das ist ja auch unser tägliches Brot in der Kindermedizin“, beschreibt Dr. Naami seine Motivation. „Diese kommunikative Ebene finde ich extrem spannend – nicht zuletzt, weil der Therapieerfolg ja auch stark davon abhängt. Wenn ich gut erkläre, wird die Therapie eher umgesetzt, als wenn viele Fragen offenbleiben.“

DDG Medienpreis 2024 für Instagram-Reel

Diese Form der Aufklärung in Sachen Kindergesundheit kommt nicht nur bei seinen Followern gut an. Auch die Jury des DDG Medienpreises konnte „Hand, Fuß, Mund“ überzeugen: Im November 2024 wurde Dr. Naami im Rahmen der Diabetes Herbsttagung für ein im Juli 2024 gepostetes Instagram-Reel ausgezeichnet. Darin erklärt



Dr. Nibras Naami
Kinderarzt und „Meducator“ auf @handfussmund
Foto: Hanna Witte

der Kinderarzt in verständlicher Sprache und mit anschaulichem Bild- und Videomaterial, was Typ-1-Diabetes ist und auf welche Warnsignale Eltern achten sollten, damit es im Zusammenhang mit der Manifestation nicht zu einer lebensbedrohlichen Ketoazidose kommt.

Es war das erste Mal, dass die DDG ein Instagram-Video ausgezeichnet hat – für Dr. Naami ein Zeichen, dass die Fachgesellschaft mit der Zeit geht und soziale Medien als Informations- und Aufklärungsplattformen anerkennt. Er hält es für notwendig, dass auch Ärzt*innen dort präsent sind, schließlich nutzen immer mehr Menschen diese Medien auch in medizinischen Fragen als Informationsquelle. „Angesichts der großen Nachfrage sollte es dort ein gutes Angebot geben. Wir sollten also dafür sorgen, dass die Menschen auch in den sozialen Medien einen sicheren Hafen mit verlässlichen Informationen ansteuern können.“ Niederschwellig erreichbar und kostenlos, denn „medizinische Information sollte nicht hinter einer Paywall sein“, findet er.

»Gerade auf Social Media gut erklären«

Einen der Gründe für den großen Informationsbedarf sieht Dr. Naami im überall herrschenden Zeitmangel in Praxen und Kliniken: „Es gibt Kollegen, die nach der Schicht in einem Zimmer Gespräche mit Eltern führen, weil in der Sprechstunde keine Zeit dafür war“, beschreibt er den Alltag in der Kinderklinik.

So entstand zunächst die Idee, in einem Podcast ausführlich über die Themen zu sprechen und die erklärenden Gespräche auf diese Weise mehr Menschen zugänglich zu machen. Für Menschen, die nicht gern lange Podcasts hören, produzieren Dr. Babor und er zweiminütige Videos und teilen sie via Social Media. „Ich weiß, dass viele Kollegen gern auf unseren Podcast oder Instagram-Kanal verweisen, wenn Eltern mehr wissen wollen“, erzählt er.

Trotz ihres Bekanntheitsgrads auf Instagram und TikTok verstehen sich die beiden Kinderärzte aber nicht als „Medfluencer“. „Ich finde den Begriff nicht so gelungen, denn er kommt von Influencer. Und damit wird jemand bezeichnet, der ein kommerzielles Interesse verfolgt und gegenüber seiner Community Produkte anpreist“, erklärt Dr. Naami. „Wir nennen uns lieber „Meducator“, denn wir versuchen aufzuklären und nutzen dafür eben digitale Wege.“ Als Ärzte sind sie der ärztlichen Berufsordnung verpflichtet – und die gebietet Zurückhaltung bei produktbezogenen Aussagen (siehe Kasten).

„Medfluencer“ ohne ärztliche Approbation hingegen unterliegen nicht den Auflagen der Berufsordnung. Sie preisen im Rahmen von Werbepartnerschaften häufig auch konkrete Produkte oder Therapien an, die einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhalten. Unter ihnen finden sich auch Medizinstudierende, die sich mithilfe ihrer Social-Media-Reichweite ihr Studium finanzieren – oder in Wahrheit längst mehr Zeit mit Influencer-Aufträgen als im Hörsaal ihrer Medizinischen Fakultät verbringen.

Kritisch zu sehen: Werbepartnerschaften

Die beiden Kinderärzte hingegen lehnen die meisten Angebote für Werbekooperationen ab, mit denen auf „Medfluencer“ spezialisierte Agenturen oder Unternehmen an sie herantreten. „Wir bieten aber Content-Kooperationen zu bestimmten Themen an“, erklärt Dr. Naami. Das kann z. B. ein sachlich aufklärender Beitrag zum Thema Sonnenschutz bei Kindern sein. Selbst wenn darin keine Produkte genannt werden, entsteht für das kooperierende Unternehmen ein Mehrwert, denn es kann das Video auch auf seinen eigenen Kanälen verbreiten.

Die Einkünfte aus solchen bezahlten Partnerschaften stecken die beiden Meducators in „Hand, Fuß, Mund“:



»Lieber Meducator als Medfluencer«

„Wir bezahlen damit beispielsweise jemanden, der unsere Videos professionell schneidet und bearbeitet“, berichtet Dr. Naami, der pro Woche etwa 10 bis 15 Stunden in den Aufklärungskanal investiert. „Meine Klinik unterstützt mich zwar und sieht einen Mehrwert in dieser Arbeit. Aber im Wesentlichen muss ich das irgendwie nebenbei stemmen.“

DDG warnt vor unseriösen Social-Media-Kanälen

Ein klassisches Geschäftsmodell steckt also nicht hinter @handfussmund – vielmehr der Wunsch, Menschen aufzuklären und sie zur Selbsthilfe zu ermächtigen. Genau dieser Aspekt ist auch DDG Mediensprecher Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ wichtig. Seiner Erfahrung nach trauen sich viele Menschen nämlich nicht, im Gespräch mit Ärzt*innen all ihre Fragen zu stellen. „Das hat eine hierarchische Komponente, denn noch nicht alle Ärzte kommunizieren auf Augenhöhe mit ihren Patienten.“

Umso wichtiger sei es, dass man bei der Suche im Netz auf seriöse Informationen stößt. „Leider ist es sehr unterschiedlich, wie viel Medienkompetenz die Menschen mitbringen“, weiß Prof. Gallwitz. Nicht alle seien in der Lage, Beiträge in den sozialen Medien kritisch zu hinterfragen – etwa, ob „Medfluencer“ ihre Aussage mit mindestens einer wissenschaftlichen Quelle belegen können.

In knapp bemessenen Videos ist es zudem nicht immer möglich, komplexe Sachverhalte ausgewogen darzustellen. „Insbesondere auf TikTok sind die Beiträge in der Regel sehr kurz. Außerdem ist der Algorithmus darauf ausgelegt, Nutzern immer wieder ähnliche Beiträge einzuspielen“, mahnt der Diabetologe. „Auf diese Weise werden Menschen in ihrer Haltung bestätigt, die ihnen

durch unseriöse Kanäle erst eingepflegt wurde.“

Welchen Effekt diese Form der Beeinflussung haben kann, lässt sich an der Art der Anfragen ablesen, die bei der DDG Pressestelle eintrudeln. In den vergangenen Monaten betrafen sie z. B. häufig die Glukosemessung bei Stoffwechselgesunden, die seit einer Weile von vielen „Medfluencern“ propagiert wird. „In den sozialen Medien gibt es das Narrativ, dass sogar einmalige Blutzuckerspitzen sehr gefährlich sein können“, berichtet Prof. Gallwitz. Dies könne in den Praxen zu ermüdenden Diskussionen über die Auswahl von Lebensmitteln oder Getränken führen. „So etwas führt zu Furcht oder Fehlverhalten im Umgang mit ganz natürlichen Dingen. Im extremen Fall kann daraus sogar eine Essstörung entstehen.“

Seinen Kolleg*innen rät er daher, sich bewusst zu machen, dass viele Menschen ihre Informationen zum Teil auch aus fragwürdigen Quellen in den sozialen Medien beziehen. „Man sollte daher Patienten proaktiv darauf aufmerksam machen, worum es bei manchen dieser Kanäle eigentlich geht. Und natürlich sollte man ihnen auch seriöse Informationsquellen im Netz empfehlen.“

Antje Thiel

BÄK-Regeln für Ärzt*innen in den sozialen Medien

In der Handreichung „Ärztinnen und Ärzte in den sozialen Medien“ der Bundesärztekammer werden Regeln formuliert, erklärt und Beispiele genannt. „Ärztliche Schweigepflicht beachten“, „keine berufswidrige Werbung auf sozialen Medien“, „Zurückhaltung bei berufsbezogenen Aussagen“ sind Beispiele für die insgesamt zwölf Regeln.

Handreichung der Bundesärztekammer – Ärztinnen und Ärzte in sozialen Medien (2023)

bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/aerzte-und-social-media

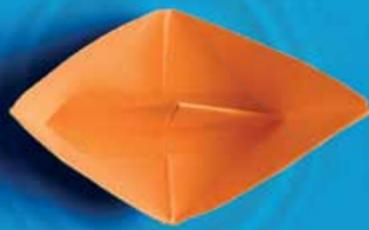


Vertrauenswürdige Social-Media-Kanäle

Kanäle aus dem Bereich Diabetes, die Diabetesteam empfehlen können, sind z. B. die Kanäle der DDG (@ddg_diabetesgesellschaft), des Diabetes-Informationportals Diabinfo (@diabinfo), von der Organisation diabetesDE (@deutschediabeteshilfe) und dem Diabetes-Anker (@diabetes_anker). Ein weiterer bekannter „Medfluencer“ ist der Solinger Hausarzt SEBASTIAN ALSLEBEN, der auf @deinhausarzt auf Instagram postet und auch häufig auf @medicaltribune_de aktiv ist. Sowohl er als auch die beiden Ärzte von @handfussmund stellen außerdem unrichtige medizinische Behauptungen anderer Influencer richtig und nehmen gehypte medizinische Produkte, Nahrungsergänzungsmittel etc. kritisch unter die Lupe.

HERBSTTAGUNG-DDG.DE

7. – 8.
November
2025



360°

DIABETES

SAVE THE DATE

LEINEN LOS,
GEMEINSAM ZU
NEUEN UFERN!



DIABETES
HERBSTTAGUNG
2025 DDG

CONGRESS
CENTER
ROSENGARTEN
MANNHEIM

»Ein ganz, ganz enges Rennen«

DDG Startup Village: Alle Innovationen überzeugten, aber zwei doch etwas mehr

BERLIN. Zur Tradition auf dem Deutschen Diabetes Kongress ist inzwischen die Auszeichnung innovativer Produkte junger Unternehmen geworden. So auch diesmal. Besonders überzeugt haben die Jury im Startup Village die Dextrosetabletten ohne Geschmack von euvorio sowie das Motivationsprogramm von Una Health.

Vier Unternehmen hatten ihre Produkte präsentiert. Die Entscheidung für die beiden besten Innovationen fiel sehr knapp aus, wie der Diabetologe Dr. KILIAN RITTIG (Teltow), Mitglied der fünfköpfigen Jury, bei der Bekanntgabe der Sieger berichtete. Geurteilt hatten außer ihm die Kolleg*innen Dr. Dorothee Deiss (Berlin), Dr. Iris Dötsch (Berlin) und Friedrich Wilhelm Petry (Wetzlar) sowie Stephan Kröck (Geschäftsführer MedTriX GmbH/diabeteszeitung, Wiesbaden). Maximal fünf Punkte konnten je für die Kriterien Innovationsgrad, Präsentation und Nutzenbewertung/Marktbedarf erreicht werden. „Die

Bewertungspunkte lagen mit 58 bis 61 an der Zahl eng beieinander, sodass keiner der Nichtgewinner – Simpleprax UG und XO life GmbH – hätte meinen können, er habe ein schlechtes Produkt gehabt“, so Dr. Rittig.

Erster Platz: Dextrosetabletten ohne süßen Geschmack

Sieger mit insgesamt 61 Punkten wurde **Hyporest**. Dahinter verbirgt sich eine Dextrosetablette mit Überzug, der den Zuckergeschmack verhindert. Die Idee hatte euvorio-Geschäftsführer und Produktpresentator Julius Grennigloh, selbst an Typ-1-Diabetes erkrankt. Die von ihm entwickelte Tablette, die nach dem Hinunterschlucken die Dextrose unmittelbar freisetzt, ist sieben Millimeter im Durchmesser groß. 1.250 Tabletten fasst eine Dose. Er selbst habe eine solche neben dem Bett stehen, sagt Grennigloh, darin ein dazugehöriger Löffel zur Dosierung. Ein gestrichener Löffel voll entspricht 25 Tabletten, 0,5 KE.



1. Platz: Hyporest

Kein Süßhunger, kein Zähneputzen.
Foto: MedTriX/Kolbeck

Die Tabletten haben wegen einer speziellen Schutzschicht keinen Geschmack, sie machen damit auch nicht Lust auf mehr Süßes, wie vielleicht Gummibärchen, Cola oder Apfelsaft. „Das führt auch dazu, dass generell mein Zuckerkonsum niedriger geworden ist“, berichtet der



2. Platz: Una Health

Motivation, Effektivität, Nachhaltigkeit für ein besseres Leben mit Diabetes.
Foto: MedTriX/Kolbeck

Erfinder. Ein weiterer Vorteil: Man müsse nicht noch einmal ins Bad zum Zähneputzen. „Es ist wirklich ein Stück Lebensqualität für Diabetiker!“ Hyporest ist erst seit Oktober 2024 auf dem Markt. Im Angebot ist neben der Dose Hyporest Original eine Packung für die Hosentasche (Hyporest Pockets) mit jeweils zehn Tütchen à 100 Tabletten. Hyporest gibt es in der Apotheke und online.

Zweiter Platz: Programm für mehr Diabetes-Kontrolle

Das Programm **Una Health** richtet sich an Menschen mit Typ-2-Diabetes und wird therapiebegleitend eingesetzt, wie Pascal Grimm, Gründer und CEO der Una Health GmbH, erklärt. Es fokussiert auf drei Faktoren, ist motivierend, effektiv und nachhaltig. „Wie erreichen wir das? Wir verbinden Verhaltenswissenschaften mit Biofeedback, insbesondere mit Glukosemessung, um so den Einstieg zu erleichtern und auch das Dranbleiben.“ Es gebe bereits sehr viele Schulungen, Apps und verschiedene Ansätze zur Lebensstiländerung, so Grimm. Den Lebensstil zu ändern, sei jedoch oft schwierig. Una Health setzt auf eine Kombination aus einer als Medizinprodukt zertifizierten App, Glukosemessung und einem ganzheitlichen Coaching als Therapiebegleiter mit Themen wie Ernährung, Bewegung, psychischer Motivation und Therapieumsetzung.

„Der Startbildschirm der App sagt mir, das ist mein Ziel für diese Woche, runtergebrochen in sehr einfache Ziele“, erklärt Patrick Grimm. Zudem gebe es ein Tagebuch, verbunden mit dem Glukosesensor. Ein Ampelsystem verdeutliche die Erfolge.

»Verzahlt mit der Diabetespraxis«

Wichtig ist laut dem CEO „Motivieren durch Erleben“, heißt: Schritt für Schritt werden die Nutzer*innen begleitet beim Messen, dem Ausprobieren von Veränderungen, Validieren von Fortschritten und der Festigung von Gewohnheiten. Una Health ist als Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) auf Rezept verordnungs-fähig. „Im Durchschnitt bleiben die Leute sechs Monate dabei“, berichtet Grimm. Es gibt aber auch Nutzer*innen mit bereits der fünften Verschreibung. Sehr starke Effekte zeigen sich auch in klinischen Studien, durchgeführt mit der TU Dresden und aktuell mit der TU München: 84 % der Teilnehmenden verringern ihr Gewicht. Das Risiko einer Depression sinkt um 45 %. Die Zahl derjenigen mit einem hohen Diabetes-Disstress verringert sich um zwei Drittel.

„Was wir entwickelt haben, ist wirklich eine deutlich tiefere Verzahnung mit der Praxis“, betont Grimm. Die Abarbeitung eines Therapieplans per DiGA sei ansonsten eine Blackbox für den Arzt. Mit dem Programm Una Health erhalte die Praxis einen Bericht, wo kurz zusammengefasst wird, wie sich der Glukoseverlauf verändert, ob der/die Patient*in agiert oder ob vielleicht eine weitere Schulung oder Beratung erforderlich wäre. „Wir fokussieren uns darauf, dass wir eine tiefere Integration mit der Praxis hinkriegen, weil wir davon ausgehen, dass das der Schlüssel zum Erfolg ist.“ Cornelia Kolbeck

»Alle Bewerber lagen sehr eng beieinander«

INFOBOX ■ Typ-2-Diabetes

Tirzepatid bei Typ-2-Diabetes: Überlegene Wirksamkeit gegenüber Semaglutid

Tirzepatid^{a,b,1} ist das einzige zugelassene Medikament, das nicht nur GLP-1, sondern auch GIP-Rezeptoren aktiviert. Dabei punktet Tirzepatid nicht nur mit einer starken Wirksamkeit auf Blutzucker und Körpergewicht, sondern erzielte auch positive Effekte auf kardiometabolische Risikofaktoren.^{1,2}

Die Einzigartigkeit dieses Wirkansatzes zeigt sich im direkten Vergleich mit anderen Antidiabetika, darunter auch dem reinen GLP-1-Rezeptor-Agonisten Semaglutid 1 mg (Ozempic[®]).¹ In der Head-to-Head-

Vergleichsstudie mit Semaglutid 1 mg (SURPASS-2) erreichten Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) unter Tirzepatid (Mounjaro^{® a,b,1}) mittlere Reduktionen des HbA_{1c}-Werts von bis zu 2,5%¹ und des Gewichts² von bis zu 13,1%^{4,2}. Bereits die erste Erhaltungsdosis Tirzepatid 5 mg war Semaglutid 1 mg bezüglich HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion überlegen.^{1,2} Die hohe Wirksamkeit des GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten war gegenüber Semaglutid nicht mit einer erhöhten Rate an unerwünschten Wirkungen assoziiert.^{1,2} Basierend auf diesen Studiendaten attestiert die Deutsche

Diabetes Gesellschaft (DDG) in ihren aktuellen Praxisempfehlungen Tirzepatid eine überlegene HbA_{1c}- und Gewichtskontrolle gegenüber Semaglutid 1 mg.³ Patient*innen profitieren zudem von den positiven Effekten auf kardiovaskuläre Risikoparameter, wodurch sich der Wert von Tirzepatid als Teil der Therapiestrategie bei Typ-2-Diabetes zusätzlich erhöht.

Die Vergleichsstudie zwischen Tirzepatid und Semaglutid 1 mg bei T2D finden Sie per QR-Code.



a. Mounjaro[®] (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.¹ b. WHO ATC-Code: A10BX16. c. Mit Mounjaro[®] 15mg nach 40 Wochen. p<0,001 im Vergleich zum Ausgangswert, nicht multiplicitätsadjustiert. Bezogen auf den Ausgangswert.² Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. d. Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.²

1. Fachinformation Mounjaro[®], aktueller Stand. <https://www.fachinfo.de/pdf/023865> | 2. Frias JP et al. N Engl J Med. 2021; 385: 503-515 | 3. Gallwitz B et al. Diabetol Stoffwech 2024; 19: S186-S202 Supplemental Material

Diabetologie als Herzenssache

Das Ziel: optimale Lebensqualität für Menschen mit Diabetes



BERLIN-SCHÖNEBERG. Die Diabetologie genießt seit langem einen hohen Stellenwert im Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum (AVK). So waren in den 1950er-Jahren Ärzte des AVK an der Entdeckung der blutzuckersenkenden Wirkung von Sulfonamiden beteiligt. 1960 richtete das Klinikum erstmals eine Schwerpunktstation Diabetologie ein, die mit einer kurzen Unterbrechung bis heute Bestand hat. Und seit dem Jahr 1998 lässt sich die Klinik lückenlos von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zertifizieren.

Das AVK hat die Diabetologie im wahrsten Sinne des Wortes zu einer Herzensangelegenheit erklärt. Nicht nur, weil man dem Diabetes mellitus hier besondere Aufmerksamkeit schenkt, sondern auch, weil die Schwerpunktstation seit jeher der Kardiologie angegliedert ist.

„Grund für die Anbindung der Diabetologie an die Kardiologie ist die enge Wechselwirkung zwischen einem Diabetes mellitus und Erkrankungen des Herzens“, so Markus Schniedertöns, Diabetesberater DDG beim AVK. Dennoch fände die Diabetologie am AVK natürlich auch in den anderen internistischen Fächern, in der Intensivmedizin sowie in der Gefäß- und der Pankreaschirurgie eine besondere Berücksichtigung.

Professor Dr. DIETLIND ZOHLNHÖFER-MOMM, Chefärztin der Klinik für Innere Medizin – Kardiologie, Diabetologie und konservative Intensivmedizin, leitet seit April 2020 die Schwerpunktabteilung. Um ihr Diabetesteam fachlich optimal unterstützen zu können, erwarb die Kardiologin nach ihrem Amtsantritt sogar noch die Zusatzqualifikation Diabetologie. Im Februar dieses Jahres schloss sie ihre Weiterbildung als Diabetologin DDG ab.

„Schwerpunktmäßig betreuen wir über alle Stationen hinweg Patient*innen mit den Diabetestypen 1, 2 und pankreoprivem Diabetes mellitus“, erklärt Schniedertöns. Pro Quartal betrifft dies im Schnitt 250 Fälle.

DDG zertifiziert seit 1998 – und bereits zum neunten Mal

Als das Klinikum im Oktober 1998 erstmals entsprechend den Richtlinien der DDG als „Behandlungseinrichtung für Typ-2-Diabetiker“

zertifiziert wurde, saß Schniedertöns noch nicht mit im Boot. Er kam erst im Jahr 2004 als Diabetesassistent hinzu. Zwölf Jahre später ließ er sich dann zum Diabetesberater fortbilden. Seit 2021 ist er im Klinikum für die Rezertifizierungen zuständig. Mittlerweile hat das AVK bereits neun Mal die Zertifizierung als Diabeteszentrum DDG erhalten.

Trotz seiner Berufserfahrung sei er jedes Mal gleichermaßen aufgeregt, wenn der Zertifizierungsprozess wieder ins Rollen käme, gibt Schniedertöns zu, da sämtliche Strukturen und Abläufe immer neu geprüft werden müssten und man im Vorhinein nie wisse, wie die Beurkundung ausfiele. Denn obwohl das Klinikum stets den Grundsatz „Nach der Zertifizierung ist vor der Zertifizierung“, beherzige, ginge im Alltag doch schon mal das eine oder andere unter.

450 Pflegekräfte hausintern fortgebildet

Aktuell umfasst das Kern-Diabetesteam sechs Fachkräfte, darunter zwei Ärzt*innen mit Weiterbildung Diabetologie, zwei Diabetesberater*innen und zwei Wundtherapeuten. Im Rahmen von In-House-Schulungen wurden in den letzten drei Jahren zudem 450 Pflegekräfte auf freiwilliger Basis abteilungsübergreifend fortgebildet, um sie für die Erkrankung zu sensibilisieren, damit sie bei Auffälligkeiten sofort ein hausinternes Konsil beantragen können.

Bei der Diabetesberatung orientieren sich Schniedertöns und seine Kollegin Marie Werner sowohl an den Leitlinien der DDG als auch an den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen. „Unser Bestreben ist es, es allen Patient*innen zu ermöglichen, bei ihrer Therapie



Von links: Jana Geißler (Fachtherapeutin Wunde/ICW), Sanjin Rahimic (Stationspflegeleitung Diabetesstation 7b), Prof. Dr. Dietlind Zohlhörer-Momm (Chefärztin, Diabetologin DDG), Melisa Travancic (Stationspflegeleitung Diabetesstation 7c), Markus Schniedertöns (Diabetesberater DDG), Marie Werner (Diabetesberaterin DDG), EL Osta (Diabetologe DDG). Foto:AVK

weitgehend selbstständig zu agieren, um eine optimale Lebensqualität zu erzielen“, so Schniedertöns.

Schnittstellenmanagement zu den Niedergelassenen

Die Früherkennung und Prävention von Komplikationen des Diabetes mellitus spielten dabei eine besondere Rolle. Die Patient*innen würden speziell darauf trainiert, auf kleinste Warnsymptome wie Wundheilungsstörungen oder Taubheit in den Füßen zu achten, um rechtzeitig einen Arzt oder eine Ärztin zu konsultieren.

»Leitlinien und Individualität«

Einen wichtigen Beitrag hierzu leistete auch das hervorragende Schnittstellenmanagement zum Bereich der niedergelassenen Diabetologen.

Maßgeblich für den Erfolg der Diabetologie am AVK sind Schniedertöns zufolge die engagierte Zusammenarbeit aller beteiligten Fachkräfte fern jeglicher hierar-

chischen Strukturen und die ganzheitliche Herangehensweise bei der Erarbeitung der Therapiekonzepte zusammen mit den Patient*innen. Um den Diabetespatient*innen im AVK künftig noch besser gerecht zu werden, soll das Team nach dem Wunsch von Prof. Zohlhörer-Momm um eine weitere halbe Stelle für eine*n Diabetesberater*in DDG aufgestockt werden. Damit, so Schniedertöns stolz, würden die Vorgaben der DDG für ein Zertifikat mehr als übererfüllt.

Petra Spielberg

INFOBOX ■ Adipositas

Bei Adipositas: Tirzepatid oder Semaglutid?

Neue Studiendaten zur Adipositas-Therapie

Auch in der Adipositas-Therapie belegen neue Studiendaten eine hohe Wirksamkeit des GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten Tirzepatid^{a,1}. Bei Adipositas konnte für Tirzepatid in einer Open-Label-Studie im direkten Vergleich mit Semaglutid eine überlegene Gewichtsreduktion gezeigt werden.

In der Phase-III-Studie SURMOUNT-5 (Open-Label-Studie)^{b,2} wurde eine stärkere Gewichtsabnahme^c von

durchschnittlich 21,6% unter Tirzepatid (in maximal tolerierter Dosis [MTD] von 10 mg oder 15 mg) nach 72 Wochen gegenüber 15,4% unter Semaglutid (Wegovy[®], MTD 1,7 mg oder 2,4 mg) beobachtet.^{b,d,2} Diese überlegene Wirksamkeit war nicht mit einer erhöhten Rate an unerwünschten Wirkungen verbunden.²

Neben der starken Wirksamkeit auf das Körpergewicht und das Fettgewebe verbessern sich mit

Tirzepatid (Mounjaro[®])^{a,1} auch kardiometabolische Parameter³ und Adipositas-Folgeerkrankungen, wie etwa Prädiabetes^{e,4} und obstruktive Schlafapnoe⁵. So kehrten fast 95% der Patient:innen von SURMOUNT-1 mit Adipositas und Prädiabetes^e zu Studienbeginn (n=1.032) nach 176 Wochen unter Tirzepatid zur Normoglykämie^e zurück.³

Wie Semaglutid ist auch Tirzepatid im Rahmen der Behandlung der Adipositas eine Selbstzahlerleistung.

STECKBRIEF

- **Ansiedlung der Diabetologie:** Klinik für Innere Medizin – Kardiologie, Diabetologie und konservative Intensivmedizin
- **Gesamtanzahl der Patient*innen im AVK/Jahr:** ca. 80.000. Davon mit Diabetes mellitus: in der Hauptdiagnose der Abteilung 124, in der Nebendiagnose 1.135, am Klinikum insges. mit Nebendiagnosen 2.074, Anzahl der Konsile für andere Fachabteilungen: 540
- **Anzahl der Mitarbeitenden im Diabetesteam:** eine Chefärztin für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, ein Diabetologe DDG, zwei Diabetesberater*innen DDG, zwei Wundtherapeut*innen

a. Tirzepatid (Mounjaro[®]) ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus).¹ b. Studienmedikation nicht verblindet: Probanden wussten, ob Mounjaro[®] oder Wegovy[®] verabreicht wurde (Open-Label). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die fehlende Verblindung auf die Ergebnisse und Validität der Studie ausgewirkt hat. Kein Placebo-Arm in Studie vorhanden. c. $p < 0,001$ nach 72 Wochen (Wirksamkeitstest).² d. Für beide Substanzen wurden die gepoolten Datensätze der jeweiligen Dosierungen zur Berechnung eingesetzt.² e. HbA_{1c}-Wert = 5,7–6,4% bzw. Nüchternblutglucose = 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) bzw. 2h-OGTT = 140–199 mg/dl (7,8–11,0 mmol/l)² f. Mit PAP-Therapie unter Mounjaro[®] MTD (Maximal tolerierte Dosis: 10 oder 15 mg) erreichten 50,2% der Erwachsenen mit mittelschwerer-schwerer OSA und einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ einen AHI < 5 oder AHI 5 - 14 mit ESS ≤ 10 , $p < 0,001$ für Multiplizität adjustiert. Treatment-Regimen Estimand, mITT-Population, MMRM-Analyse. AHI: Apnoe-Hypopnoe-Index ESS: Epworth Sleepiness Scale. g. Unter den Patienten von SURMOUNT-1 mit Prädiabetes zu Studienbeginn (n=1.032) erreichten 95,3% der mit Tirzepatid behandelten Patienten in Woche 72 wieder eine Normoglykämie, verglichen mit 61,9% der Teilnehmer in der Placebogruppe.¹

1. Fachinformation Mounjaro[®], aktueller Stand. <https://www.fachinfo.de/pdf/023865> 2. Aronne LJ et al. N Engl J Med. 2025; Epub 2025 May 11. DOI: 10.1056/NEJMoa2416394. 3. Jastreboff AM et al. N Engl J Med. 2022; 387(3): 205-216 4. Jastreboff AM et al. N Engl J Med 2025; 392(10): 958-971 5. Malhotra A et al. N Engl J Med. 2024; 391(13): 1193-1205

»Vom Kopf auf die Füße stellen«

Parlamentarischer Abend mit intensiven Debatten und klaren Positionen

BERLIN. Mitten in der Hauptstadt, mitten im Monat der Regierungsbildung. In eine bessere zeitliche und inhaltliche Nähe hätte man einen Parlamentarischen Abend mit dem Motto „Demokratie stärken – Menschen mit Diabetes beteiligen“ kaum legen können. Das Polit-Event, bei dem Bundestagsabgeordnete Rede und Antwort standen, hat diabetesDE – Deutsche Diabetes Hilfe veranstaltet.

Es gibt kein Problem, das wir nicht lösen können“, hatte wenige Stunden zuvor der frisch gekürte Bundeskanzler FRIEDRICH MERZ in seiner ersten Regierungsansprache im Bundestag versprochen. Berlin kochte in diesen Tagen vor politischer Präsenz. Die neue Bundesregierung unter Kanzler Merz wurde gebildet, Union und SPD unterzeichneten den Koalitions-

vertrag „Verantwortung für Deutschland“. Einen Tag später trat das Kabinett offiziell an und NINA WARREN (CDU) wurde Bundesgesundheitsministerin (S. 5). Weil diese gesundheitspolitisch „noch nicht so intensiv unterwegs war“, wolle man der Juristin das Thema Diabetes schnellstmöglich nahebringen, erklärte DIETRICH MONSTADT (MdB a. D., CDU), Schirmherr der Veranstaltung und Initiator der Nationalen Diabetes-Strategie.

Prävention: Parteien sollten mutiger werden

Auf die Prävention fokussierte Dr. JENS KRÖGER, Vorsitzender von diabetesDE. Konkrete Vorschläge „für eine qualitätsgerechte individualisierte Versorgung durch langfristig angelegte verhältnispräventive Maßnahmen“ fehlten im Koalitionsvertrag. „Das ist angesichts der Tatsache, dass jede Minute eine Neuerkrankung hinzukommt, ein Armutszeugnis.“ Durch die hohe Zahl an Diabetespatient*innen würden jährlich Gesundheitskosten von 30 Milliarden Euro produziert, 10 % der gesamten Gesundheitskosten. Er setzt auf ressortübergreifende Strategien: Health in all Policies, um frühestmöglich mit Prävention die hohe Erkrankungsrate einzudämmen.

Warum wurde im aktuellen Koalitionsvertrag – entgegen den Papieren beider Vorgängerregierungen – Diabetes nicht mit einem Wort erwähnt? Dies und mehr wurde heiß diskutiert, erst bei einem „Bürger-Politiker-Battle“, später in einer Podiumsdiskussionsrunde, aus der vor allem Menschen mit Diabetes als Gewinner*innen hervorgingen. Einig waren sich alle in der Forderung nach mehr Prävention von MdB LINDA HEITMANN (Grüne). Die Regulierung von Werbung für



Dr. Tobias Wiesner ist um die Diabetesversorgung besorgt.

Fotos: diabetesDE/Dirk Deckbar



Simone Borchardt will die Gesundheit fördern.

zuckerhaltige Lebensmittel, die Zuckersteuer oder auch höhere Steuern auf Tabak und Alkohol seien klassische verhältnispräventive Maßnahmen, die „immer den Touch des Verbotens und Regulierens“ mitbrächten, wovon Politiker*innen

„häufig Angst“ hätten. Sie wünscht sich, „dass alle politischen Parteien da etwas mutiger werden und sich trauen, mehr zu regulieren im Sinne der Verhältnisprävention.“

Als neue gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion kam SIMONE BORCHARDT zu Wort, die forderte: „Die momentanen 600 Millionen Euro an Präventionsgeldern bei den Krankenkassen sind nicht richtig angelegt, sie erreichen die Falschen. Das Geld müsste vielmehr in die Kommunen gehen. Und überhaupt sollten wir das derzeitige Gesundheitssystem vom Kopf auf die Füße stellen, unser System ist geprägt von Krankheits-erhaltung und nicht von Gesundheitsförderung.“

Dr. TOBIAS WIESNER, Vorstandsmitglied DDG, kritisierte, dass die Krankenhausreform das Potenzial habe, stationäre diabetologische Kompetenzen verschwinden zu lassen, das GVSG wiederum berge ein hohes Risiko für den Fortbestand der DSP. Sowohl diabetologische stationäre Zentren als auch die Schwerpunktpraxen bräuchten die Sicherheit des Status quo. MdB SERDAR YÜKSEL (SPD) stellte noch klar, dass „Diabetes in vielen Facetten“ daherkäme. „Da muss man sich den Einzelfall anschauen und nicht nur zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes unterscheiden.“

Angela Monecke

Wissenschaftlicher Partner: DDG; Unterstützung: Abbott, IKK Classic, Lilly und Medtronic.

diabetesde.org/demokratie-staerken-2025



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

 **Madrigal**

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

© 2025 Madrigal Pharmaceuticals GmbH. All rights reserved. DE-PP-DS-00006 06/25



BEI MASH MIT
MODERATER BIS SCHWERER FIBROSE

AGIEREN
VERLIEREN

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

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

»Screening schützt vor Ketoazidosen«

Dr. Anke Steuerer setzt auch in ihrer eigenen
Praxis beim Typ-1-Diabetes auf Früherkennung

BERLIN. Früherkennung kann Leben retten – Neue Wege in der Typ-1-Diabetes-Diagnostik, so der Titel einer Veranstaltung aus der Reihe „Fachforum Gesundheit“ der Berliner Tageszeitung „Tagesspiegel“. Wie das in einer Kinderarztpraxis funktioniert, erklärte uns Dr. Anke Steuerer, Kinderärztin aus Augsburg und Vizepräsidentin des BVKJ, im Nachgang.

INTERVIEW



Dr. Anke Steuerer
Vizepräsidentin des
Berufsverbands
der Kinder- und
Jugendärzt*innen
Foto: Privat

? Welche Rolle spielt die Früherkennung des Typ-1-Diabetes bei Kindern in der pädiatrischen Praxis?
Dr. Anke Steuerer: Beim Diabetes gibt es drei Patientengruppen: Die erste sind Kinder, die zu uns kommen und bereits einen Diabetes mitbringen – die meisten von ihnen haben Typ-1-Diabetes und werden in diabetischen Fachambulanzen von einem interdisziplinären Team betreut. In die kinderärztliche Praxis kommen sie wegen der Vorsorgeuntersuchungen, wegen Impfungen, der Behandlung von Infekten etc. Die zweite Gruppe ist wegen einer Erstmanifestation bei uns. Zur dritten Gruppe zählen Kinder, die positiv auf Antikörper getestet wurden. Bei uns gibt es derzeit drei Fälle, ein Kind ist inzwischen an Typ-1-Diabetes erkrankt.

? Ihre Praxis nimmt am Fr1da-Screening-Programm zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes in Bayern teil. Wie gut lässt es sich in den Praxisalltag integrieren – etwa im Rahmen der U-Untersuchungen?
Dr. Steuerer: In unserer Praxis in Augsburg wurden inzwischen ca. 850 Kinder in die Fr1da-Studie implementiert. Wir bieten das Screening allen Familien im Rahmen der U7- und der U10-Untersuchung an. Dadurch, dass wir mit den Familien ausführlich über das Thema Diabetes sprechen, führt das auch zu einer höheren Awareness. Das trifft auch auf unsere Mitarbeitenden zu.

? Wie beraten Sie Familien, wenn ein Screening zur Früherkennung ein erhöhtes Risiko ergibt?
Dr. Steuerer: Das Erstgespräch findet bei uns statt, danach übernehmen die Diabetes-Ambulanzen. Viele Eltern denken leider, dass ein gesunder Lebensstil hilft, die Erkrankung zu verhindern wie beim Typ-2-Diabetes. Aber so ist es ja nicht.

? Für die Familien bedeutet ein Antikörper-positives Ergebnis sicherlich eine hohe psychische Belastung. Wie gehen Sie damit um?
Dr. Steuerer: Das Screening muss eingebettet sein in eine sehr gute Aufklärung, Beratung und intensive

Begleitung. Die Schulung in der Diabetespraxis und die enge Kooperation mit der betreuenden Kinderarztpraxis sind hierbei entscheidend. Die Alternative zum Screening ist leider, innerhalb von ein, zwei Stunden mit der Diagnose konfrontiert zu werden – mit der Sorge um ein Kind, das mit einer akut lebensbedrohlichen Ketoazidose auf der Intensivstation liegt. Dies kann ein Screening verhindern, es geht um ein „Soft Landing“ bzw. das langsame Hineingleiten in die Diabeteserkrankung.

? Sollte ein standardisiertes Screening auf Typ-1-Diabetes Teil der U-Untersuchungen werden – analog zur Neugeborenen- oder Stoffwechseldiagnostik?
Dr. Steuerer: Aus meiner Sicht ja. Wenn künftig mehrere Medikamente zur Verfügung stehen, die den Ausbruch verzögern können, werden diese frühen Stadien noch viel stärker in den Fokus rücken. Ich bin manchmal überrascht, wie andere Kolleg*innen eine so große Skepsis vor dem Screening haben. Damit können die betroffenen Kinder doch viel früher in den Diabetesambulanzen behandelt werden.

? In den USA wurde Teplizumab zugelassen, ein Medikament, das den Ausbruch von Typ-1-Diabetes um bis zu zwei Jahre verzögern kann. Für wie sinnvoll halten Sie solche immunmodulatorischen Therapien für Kinder mit erhöhtem Risiko?
Dr. Steuerer: Grundsätzlich ist unser Berufsverband immer aufgeschlossen, was neue therapeutische Ansätze betrifft, die wir dann mit der notwendigen Sorgfalt beobachten. Im Bereich der Antikörpertherapie gibt es noch mehrere andere Forschungsansätze für Medikamente. Die Verzögerung des Ausbruchs eines Typ-1-Diabetes halte ich für einen großen Gewinn. Wenn ein Kind zwei Jahre älter ist, kann es selbstverantwortlicher damit umgehen und mehr in die Therapie eingebunden werden. Unser großer Wunsch ist es, den Ausbruch ganz verhindern zu können bzw. das Voranschreiten zu stoppen, so dass man irgendwann ohne Insulintherapie auskommt. Im Moment ist das aber Fiktion.

Interview: Angela Monecke

»Früherkennung
macht ein Soft
Landing möglich«
Dr. Anke Steuerer

Videomitschnitt zur von
Sanofi unterstützten
Veranstaltung:
veranstaltungen.
tagesspiegel.de



Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 09.04. bis 04.06.2025)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 1		
Diabeteszentrum Kreuzberg	10997 Berlin	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, Klinik für Innere Medizin - Kardiologie, Diabetologie und konservative Intensivmedizin	12157 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Vivantes Klinikum Kaulsdorf	12621 Berlin	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 2		
Zentrum für Diabetologie Hamburg-Bergedorf, Dres. Susanne Rosenboom, Heidi Stendel, Olaf Backhus, Dominik Kragel und Heidi Lankers	21029 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetes Zentrum Hamburg Nord-Ost, Praxis Dr. med. Arne Elsen	22177 Hamburg	Diabeteszentrum DDG 
PLZ 3		
Diabetologie am Nordbahnhof	33102 Paderborn	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Praxis Dr. med. Gregor Dreesen	34471 Volkmarsen	Diabeteszentrum DDG
Main-Kinzig-Kliniken gGmbH	36381 Schlüchtern	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 4		
Gemeinschaftspraxis Schaden Kerstin und Urs Schaden, Diabetologie	40212 Düsseldorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Städtische Kliniken Mönchengladbach Elisabeth-Krankenhaus Rheydt, Klinik für Kinder und Jugendliche	41239 Mönchengladbach	Diabeteszentrum DDG
HELIOS Klinikum Wuppertal, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin	42283 Wuppertal	Diabeteszentrum DDG
Katholisches Krankenhaus Dortmund-West	44379 Dortmund	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Praxis Dr. med. Feldmann & Schneider & Veit	45770 Marl	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Diabetes-Zentrum Ruhr	46049 Oberhausen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Knappschaftskrankenhaus Bottrop	46242 Bottrop	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Niels-Stensen-Kliniken, Franziskus-Hospital Harderberg	49124 Georgsmarienhütte	Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
St. Vinzenz-Hospital, Diabetologie und Endokrinologie	50733 Köln	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	52222 Stolberg (Rhld.)	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Allgemeine Innere Medizin	53113 Bonn	Diabeteszentrum DDG
Diabeteschwerpunktpraxis Dr. Martina Lange	53359 Rheinbach	Fußbehandlungseinrichtung DDG 
DRK Krankenhaus Neuwied, Innere Medizin I	56564 Neuwied	Diabeteszentrum DDG
Diabetes-Team Hamm	59065 Hamm	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 6		
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dres. Plattner/Vogel/Die	63939 Wörth a. Main	Diabeteszentrum DDG
MVZ Pfälzer Land, Diabetologikum Standort Ramstein-Miesenbach	66877 Ramstein-Miesenbach	Diabetes Exzellenzzentrum DDG   
Diabetologikum Ludwigshafen	67059 Ludwigshafen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ Pfälzer Land GmbH	67688 Rodenbach	Diabetes Exzellenzzentrum DDG   

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 7		
Klinikum Stuttgart Olgahospital, Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	70174 Stuttgart	Diabeteszentrum DDG
Marienhospital Stuttgart, Klinik für Innere Medizin I	70199 Stuttgart	Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Neckar-Odenwald	74821 Mosbach	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
PLZ 8		
München Klinik Schwabing, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie	80804 München	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II	81675 München	Diabeteszentrum DDG
m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn, Diabetes- und Stoffwechsellzentrum	83670 Bad Heilbrunn	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
PLZ 9		
Nieren & Diabetes Zentrum Ansbach	91522 Ansbach	Diabeteszentrum DDG 
MVZ am Klinikum Passau GmbH	94032 Passau	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Annette Engelhardt	99610 Sömmerda	Fußbehandlungseinrichtung DDG



DDG Geschäftsbericht 2024



Wie steht die DDG da? Was bleibt, was kommt?

BERLIN. Auf dem Cover: die im September 2024 eingestürzte Carola-Brücke in Dresden, ein Sinnbild für den Eindruck, dass in Deutschland vieles marode ist – auch das Gesundheitssystem, wie Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE und DDG Geschäftsführerin BARBARA BITZER im Vorwort ausführen. Was der Verschleiß für die Diabetologie und damit für Menschen mit Diabetes bedeutet und welche Forderungen die DDG daraus ableitet, wird in den Beiträgen deutlich. Welche gesundheitspolitischen Aktivitäten die DDG entfaltet, wie sie die Öffentlichkeit infor-

miert und wie sie Verbesserungen auf den Weg bringt, lässt sich ebenfalls im Geschäftsbericht nachlesen. Da gibt es z. B. Artikel zum DDG DiGA-Score, zur Fortbildung zum/zur Orthopädienschuhmacher*in DDG und zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Viele Fotos, die das Jahr Revue passieren lassen, sind auch dabei, außerdem die Bilanz mit Erläuterungen.



Der Geschäftsbericht lässt sich auf ddg.info/politik herunterladen.



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

Nutzen und medizinische Notwendigkeit der ambulanten Vakuumversiegelungstherapie* ist belegt!¹



www.vakuumversiegelungstherapie.de

PICO[◇] hilft, Wunden schneller zu schließen als Standardverbände. Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein Verband.

Smith+Nephew

- + Extrabudgetäre² EBM-Erstattung, belastet nicht das Verbandmittelbudget
- + Seit April erhöhte leistungsbezogene Sachkosten mit 91,14€ bzw. 94,27€ pro Verbandwechsel³

Melden Sie sich für unser Webinar an!

- + mit Dr. Loeff (Internist und Diabetologe) und Dr. Schumacher (Allgemeine Chirurgie)



Wundmanagement

Smith & Nephew GmbH

smith-nephew.de

Hersteller: Smith & Nephew Medical Limited
101 Hesse Road, HU3 2BN, Hull, U.K.

* auch NPWT oder Unterdruckwundtherapie genannt

¹ <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/831/>
² Für die ersten 5 Jahre ab 01.10.2020. ³ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 776. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 01. April 2025.



Angebote zur DDG Weiterbildung

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



Nutzen Sie die Möglichkeiten der Weiterbildung für Gesundheitsfachkräfte!

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

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

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

 www.ddg.info/diabetesbildung

 www.ddg.info/qualifizierung/weiterbildungsstipendien


➔ Diabetesbildung DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Freie Plätze für Aufbauqualifikation		
Rheine RH 06	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 4: 21.07. – 01.08.2025* Modul 5: 13.10. – 17.10.2025 Modul 6: 24.11. – 28.11.2025 + 01.12. – 05.12.2025 Modul 7: 12.01. – 16.01.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 05	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: 06.10. – 17.10.2025* Modul 5: 10.11. – 21.11.2025 Modul 6: 09.02. – 13.02.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 07	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 4: 03.11. – 14.11.2025* Modul 5: 26.01. – 06.02.2026 Modul 6: 02.03. – 13.03.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*in DDG		
Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Hamburg HH 01	Diabetes Akademie Nord Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg ☎ Tel.: 040/324979 info@diabetes-schulungszentrum.org	Modul 1: 01.09. – 05.09.2025 + 13.10. – 17.10.2025 Modul 2: 03.11. – 07.11.2025 + 10.11. – 14.11.2025 Modul 3: 15.12. – 19.12.2025 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Traunstein TR 02	Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. An der Eiche 1, 83278 Traunstein Kursort: Haus St. Rupert, Rupperechtstr. 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/3090713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	Modul 1: 22.09. – 26.09.2025 + 29.09. – 02.10.2025 Modul 2: 01.12. – 05.12.2025 + 08.12. – 13.12.2025 Modul 3: 23.02. – 27.02.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 02.03. – 06.03.2026 Modul 5: 08.06. – 12.06.2026 + 15.06. – 19.06.2026 Modul 6: 13.07. – 27.07.2026 + 20.07. – 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 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 29.09. – 10.10.2025 Modul 2: 17.11. – 28.11.2025 Modul 3: 05.01. – 09.01.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 16.03. – 27.03.2026 Modul 5: 18.05. – 30.05.2026 Modul 6: 20.07. – 31.07.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Heringsdorf HER 01	Medigreif Inselklinik Heringsdorf GmbH Haus Gothensee, Setheweg 11, 17424 Heringsdorf ☎ Tel.: 038378/780-502, ☎ Fax: 038378/780-555 Internet: www.haus-gothensee.de	Modul 1: 13.10. – 24.10.2025 Modul 2: 26.01. – 06.02.2026 Modul 3: 02.03. – 06.03.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Berlin BER 02	Wannsee Akademie des Wannseeschule e.V. Berlin Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030/806 86-040 ☎ Fax: 030/806 86-101 E-Mail: akademie@wannseeschulen.de www.wannseeschule.de	Modul 1: 03.11. – 14.11.2025 Modul 2: 19.01. – 30.01.2026 Modul 3: 23.02. – 27.02.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 13.04. – 24.04.2026 Modul 5: 15.06. – 26.06.2026 Modul 6: 05.10. – 16.10.2026 Modul 7: 18.01. – 22.01.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 09	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 01.12. – 12.12.2025 Modul 2: 09.02. – 20.02.2026 Modul 3: 23.03. – 27.03.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 27.04. – 08.05.2026 Modul 5: 29.06. – 10.07.2026 Modul 6: 24.08. – 04.09.2026 Modul 7: 16.11. – 27.11.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 07	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 08.12. – 19.12.2025 Modul 2: 02.02. – 13.02.2026 Modul 3: 16.03. – 20.03.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Jena JE 05	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46 ☎ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 12.01. – 23.01.2026 Modul 2: 16.03. – 27.03.2026 Modul 3: 08.06. – 12.06.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 15.06. – 19.06.2026 Modul 5: 17.08. – 28.08.2026 Modul 6: 02.11. – 13.11.2026 Modul 7: 11.01. – 22.01.2027 ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 04	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 02.02. – 13.02.2026 Modul 2: 04.05. – 15.05.2026 Modul 3: 08.06. – 12.06.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 10.08. – 21.08.2026 Modul 5: 26.10. – 30.10.2026 Modul 6: 07.12. – 18.12.2026 Modul 7: 18.01. – 29.01.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 11	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 23.02. – 06.03.2026 Modul 2: 07.04. – 17.04.2026 Modul 3: 08.06. – 12.06.2026 ➔ Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 03.08. – 14.08.2026 Modul 5: 19.10. – 23.10.2026 Modul 6: 07.12. – 18.12.2026 Modul 7: 09.02. – 19.02.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul ➔ Abschluss Diabetesberater*in DDG

* Aufbauqualifikation zur Diabetesberater*in DDG für bereits absolvierte Diabetesassistent*innen DDG mit Einstieg ab Modul 4
Weitere Kurse und Anmeldung auf www.ddg.info/diabetesbildung

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ Tue_06	Medizinische Klinik Tübingen Ort: Medizinische Klinik Tübingen Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen ☎ Tel.: 07071/29-84485, Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de	23.09. – 24.09.2025
BaQ BK_07	ctt-Fortbildungszentrum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288, fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	03.11. – 04.11.2025
BaQ BW_12	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13, j.steklow@asklepios.com	13.11. – 14.11.2025
BaQ BL 06	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kerstin Zocher, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg zocher@diabeteszentrum.de	14.11. – 15.11.2025

Weitere Informationen unter: www.ddg.info/qualifizierung-diabetes-pflegefachkraft-1/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg
Kurse sind anrechenbar für die Fortbildung im Rahmen der Zertifizierung Klinik mit Diabetes im Blick.

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 17	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	18.08. – 22.08.2025 27.10. – 31.10.2025
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

➔ 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		
58	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Straße 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de www.cid-direct.de	Block 1: 22.09. – 24.09.2025 (online) Block 2: 29.09. – 01.10.2025 (Präsenz)
20	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 13.10. – 15.10.2025 (online) Block 2: 20.10. – 22.10.2025 (Präsenz)
12	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ☎ Tel.: 07931/594 165 ☎ Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	Block 1: 03.11. – 05.11.2025 (online) Block 2: 26.11. – 28.11.2025 (Präsenz)
27	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena ☎ Tel.: 03641/9324346 ☎ Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	Block 1: 05.11. – 07.11.2025 Block 2: 12.11. – 14.11.2025
21	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 23.02. – 25.02.2026 (online) Block 2: 02.03. – 04.03.2026 (Präsenz)
22	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 05.10. – 07.10.2026 (online) Block 2: 12.10. – 14.10.2026 (Präsenz)

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden. Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.
Weitere Termine und Infos finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung/fuer-gesundheitsfachkraefte/wundassistentin-ddg

Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater*innen mit Berufserfahrung

Seit Herbst 2024 können sich Diabetesberater*innen zum **Diabetescoach DDG** fortbilden. Sie erlangen Kompetenzen im systemischen Coaching zur bedürfnisorientierten, individuellen und lösungsorientierten Begleitung von Menschen mit Diabetes.

➔ Diabetescoach DDG

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

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

➔ Adipositasberater*in DAG-DDG

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

Weiterbildungsort	Kurstermine
Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. An der Eiche 1, 83278 Traunstein Kursort: Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/3090713 office@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net	17.10. – 25.10.2025*
Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	20.10. – 24.10.2025*

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

➔ Orthopädeschuhmacher*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Regens- burg RB 01.1	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 22.10. und 23.10.2026 (online) Block 2: 30.10. und 31.10.2026 (Präsenz) 27.02.2026: Fallvorstellung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß
Fulda FU 02	IETEC - Akademie Bahnhofstraße 37, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661380070 sarah.rieger@ietec.de https://ietec.de/Akademie/	Block 1: 27.10. – 30.10.2025 (online) Block 2: 11.11. – 12.11.2025 (Präsenz) 27.02.2026: Fallvorstellung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß Bad Mergentheim
Regens- burg RB 02	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 11.05. und 12.05.2026 (online) Block 2: 18.05. und 19.05.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt
Regens- burg RB 03	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 21.10. und 22.10.2026 (online) Block 2: 26.10. und 27.10.2026 (Präsenz) Fallvorstellung auf der Jahrestagung 2027 der AG Diabetischer Fuß – genauer Termin folgt

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

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

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

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück ☎ Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € 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: 05./08.09.2025 (online) + 06./07.09.2025 21./24.11.2025 (online) + 22./23.11.2025	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg Alle Präsenztage im Tagungszentrum im Diakonissenkrankenhaus, Frölichstraße, 17, Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
willms.coaching Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen ☎ Tel.: 0551/7974741 ☎ Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Blended-Termine: 10.10.2025 (online) + 24./25.10.2025 07.11.2025 (online) + 21./22.11.2025 28.11.2025 (online) + 12./13.12.2025		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt. 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: 06.08.2025 (online) + 23./24.08.2025 22.10.2025 (online) + 08./09.11.2025	Elisabeth-Krankenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- € zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

➔ Fachpsycholog*in DDG

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



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



Die DDG Job- und Praxenbörse

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



Sie möchten selbst eine Anzeige in der 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

Langweid, 25.04.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Medizinisches Versorgungszentrum Langweid
- Adresse: Achsheimer Straße 9, 86462 Langweid
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Sören Dülsner, 0171/4691804, soerenduelsner@hotmail.com

Berlin, 22.04.2025

Hospitant*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Lichtenberg Dr. Katja Evelyn Schmitt
- Adresse: Frankfurter Alle 129, 10365 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Katja Evelyn Schmitt, 0179/6632369, katja.schmitt@diabeteszentrum-lichtenberg.de
- Website: www.diabeteszentrum-lichtenberg.de

Hamburg 22.04.2025

Allgemeinmediziner*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 01.07.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Koch, t.koch@hamburg-diabetes.de
- Website: www.hamburg-diabetes.de

Hamburg, 22.04.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 01.07.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Wandsbek
- Adresse: Wandsbeker Marktstraße 73, 22041 Hamburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Thorsten Koch, t.koch@hamburg-diabetes.de
- Website: www.hamburg-diabetes.de

Berlin, 09.04.2025

Pädiater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: DRK Kliniken Berlin - Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche
- Adresse: Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. Silvia Mütter, bewerbung@drk-kliniken-berlin.de
- Website: jobs.drk-kliniken-berlin.de/stellenangebote/Facharzt-fuer-Kinder-und-Jugendmedizin-Diabetologie-Endokrinologie-Paediatric-Sozialpaediatrices-Zentrum-487172199

Bad Mergentheim, 03.04.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes Zentrum Mergentheim
- Adresse: Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Haak Thomas, 07931/594-101, haak@diabetes-zentrum.de
- Website: www.diabetes-klinik-mergentheim.de



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

Bielefeld, 30.03.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 01.10.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Zentrum für Diabetes, Nieren- und Hochdruckkrankheiten MVZ GmbH
- Adresse: Ravensberger Straße 10H, 33602 Bielefeld
- Ansprechpartner: Dr. med. Hans-Herbert Echterhoff, 0172/9111561, nephron@t-online.de
- Website: www.dialysezentrum-bielefeld.de

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Frechen, 30.04.2025

Diabetesberater*in/-assistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: St. Katharinen Hospital
- Adresse: Kapellenstraße 1-5, 50226 Frechen
- Ansprechpartnerin: Birgit Meyer-Noack, 02234/50270254, diabetologie@khs-frechen.de
- Website: st-katharinen-hospital.de

Friedberg, 29.04.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Internistische Gemeinschaftspraxis Friedberg
- Adresse: Haagstraße 23, 86316 Friedberg
- Ansprechpartner: Dr. med. Paul Werner, 0821/26767 33, paul@praxis-friedberg.de
- Website: www.praxis-friedberg.de

Münster 25.04.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 01.06.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Dr. L. Rose, Dr. H. Pohlmeier und Dr. D. Lammers
- Adresse: Hohenzollernring 70, 48145 Münster
- Ansprechpartnerin: Annegret Hellenkamp, a.hellenkamp@diabetes-muenster.de
- Website: www.diabetes-muenster.de

Direkt zu allen Stellenangeboten



Forchheim, 13.04.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Forchheim
- Adresse: Bayreuther Straße 6, 91301 Forchheim
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Iris Lowack, 0175/7522481, info@dzfo.de
- Website: info@dzfo.de

Berlin, 10.04.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
- Adresse: Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
- Ansprechpartner: 030/54723710, i.schumacher@keh-berlin.de
- Website: www.keh-berlin.de/karriere/stellenangebote/detail/32399-diabetesberater-ddg-m-w-d--diabetesassistent-ddg-m-w-d

Köln, 08.04.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Centrum für Diabetologie Köln-Nippes
- Adresse: Merheimer Straße 217, 50733 Köln
- Ansprechpartnerin: Ellen Zavaleta, 0221/973161104, bewerbungen@diabetes-koeln-nippes.de
- Website: www.diabetes-koeln-nippes.de

Berlin, 07.04.2025

Diabetesberater*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: diR Schwerpunktpraxis für Diabetes und Rheuma Wilmersdorf
- Adresse: Mecklenburgische Straße 20, 10713 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Sadraia Badri, 0176/81178254, kontakt@dir-praxis.de
- Website: www.dir-praxis.de

Sauerlach, 02.04.2025

Diätassistent*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Fachinternisten Sauerlach / Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Tegernseer Landstraße 11, 82054 Sauerlach
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Stephanie Oßmann, 0152/2950 4933, diabetologie@arzt-sauerlach.de
- Website: www.fachinternisten-sauerlach.de

Sauerlach, 02.04.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 01.05.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Fachinternisten Sauerlach / Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Tegernseer Landstraße 11, 82054 Sauerlach
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Stephanie Oßmann, 0152/2950 4933, diabetologie@arzt-sauerlach.de

STELLENANGEBOTE

Berlin, 02.04.2025

Diabetesassistent*in, Diabetesberater*in(m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab 02.06.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis-Mitte
- Adresse: Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Barbara Sawitzky-Rose, 030/28390743, mail@diabetespraxis-mitte.de
- Website: www.diabetespraxis-mitte.de

Bottrop, 28.03.2025

Diabetesberater*in DDG

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: DIADOCTO Diabetologische Schwerpunktpraxis
- Adresse: Hochstraße 48, 46236 Bottrop
- Ansprechpartner: personal@diadocto.de
- Website: diadocto.de

Amorbach, 01.04.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Joachim Haas
- Adresse: Schlossplatz 1, 63916 Amorbach
- Ansprechpartner: Dr. med. Joachim Haas, 09373/8592, dr.med.haas@praxis-amorbach.de
- Website: www.praxis-amorbach.de

NACHFOLGE- GESUCHE

Ostenfeld

Diabetolog*in DDG (m/w/d)

- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Ostenfeld
- Adresse: Hauptstraße 34 a, 25872 Ostenfeld
- Ansprechpartner: Jörg Siegfried, 0170/5442084, praxis.siegfried-ostenfeld@t-online.de

Direkt zu allen
Nachfolgegesuchen



Kempten, 31.03.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Heigl Health MVZ Kempten-Allgäu
- Adresse: Robert-Weixler-Straße 19, 87439 Kempten
- Ansprechpartnerin: Julian Heigl, j.heigl@mvz-kempten.de
- Website: mvz-kempten.de

Noch kein DDG-Mitglied?

Überzeugen Sie sich von den Vorteilen!



Foto: iStock/Infadel

- Sie erhalten stark vergünstigte Eintrittspreise sowohl für den Diabetes Kongress als auch für die Diabetes Herbsttagung.
- Sie erhalten acht Mal im Jahr kostenlos die diabetes zeitung, herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG).
- Als Ordentliches Mitglied und auch als Förderndes Mitglied der DDG erhalten Sie ebenfalls kostenlos die Zeitschrift Diabetologie und Stoffwechsel.
- Sie erhalten zu Sonderkonditionen die Zeitschriften:
 - Der Diabetologe
 - Diabetes, Stoffwechsel und Herz
 - Diabetes-Anker.
- Sie können sich für die Arztsuche auf ddg.info/behandlung-leitlinien registrieren.
- Sie nehmen teil am diabetologischen Diskurs und sind so jederzeit aktuell informiert.

Zweck der Gesellschaft ist die Unterstützung der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit zur Erforschung, Prävention und Behandlung des Diabetes mellitus insbesondere durch folgende Tätigkeiten:

- Vereinigung aller auf dem Gebiet des Diabetes tätigen Forscher*innen, Ärzt*innen und des Fachpersonals
- Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses
- Förderung der Forschung in der Diabetologie
- Veranstaltung wissenschaftlicher Tagungen
- Förderung gesundheitspolitischer Aktivitäten und Interessenvertretung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fort- und Weiterbildung

Mitglieds-
Antrag
auch
online



Ihr Ansprechpartner
in der Geschäftsstelle ist:

Torben Henke

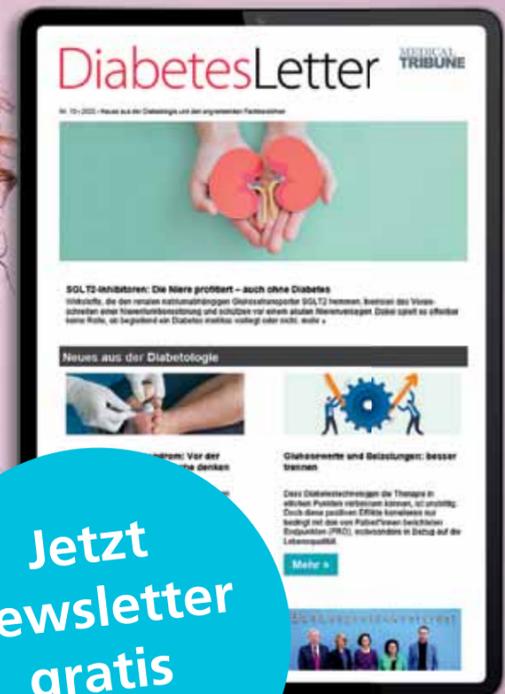
Tel.: 030/3 11 69 37 15

E-Mail: henke@ddg.info

Behalten Sie den Durchblick in der Diabetologie.

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

Jetzt
Newsletter
gratis
sichern!



Scannen & Newsletter
abonnieren:

qr.medical-tribune.de/diabetesletter

MEDICAL
TRIBUNE [MTX]

BUNTES

Wir haben den **#DiabetesImGriff**, weil...



Im Jahr 2024 feierte die DDG 60-jähriges Bestehen – und eine der vielen schönen Jubiläumsaktionen war #DiabetesImGriff: Über zehn Wochen haben sich motivierte und engagierte Diabetesteamer aus von der DDG zertifizierten Einrichtungen vorgestellt und erklärt, warum sie jeden Tag den #DiabetesImGriff haben. Lassen Sie sich auch 2025 davon inspirieren!

Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

- Hauptaugenmerk auf der Behandlung von Folgeerkrankungen, insbesondere des Diabetischen Fußsyndroms; auch ambulante Versorgung in der Fußambulanz am Krankenhaus
- Beratung und Zusammenarbeit mit Gefäß-, Augen-, Nieren- und Fußspezialisten
- Weitere Informationen: barmherzige-regensburg.de/allgemeine-innere-medizin-und-geriatrie/unser-behandlungsangebot/diabetologie.html



Thomas-Fuchsberger-Preis 2025

Bis 15. August Kandidat*innen vorschlagen

BERLIN. Der Thomas-Fuchsberger-Preis wird dieses Jahr zum vierzehnten Mal verliehen. Die Preisverleihung findet während der Diabetes-Charity-Gala von diabetesDE am 9. Oktober statt.

Mit dem „Thomas-Fuchsberger-Preis“ würdigt diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe THOMAS FUCHSBERGERS Aufklärungsarbeit – und ruft dazu auf, langjährig und vorwiegend ehrenamtlich Engagierte für den Preis vorzuschlagen. Ausdrücklich sind auch Influencer*innen aufgefordert, sich zu bewerben. Das Preisgeld stiftet zum dritten Mal die MedTriX Group, die mit dem „Diabetes-Anker“ als Medienpartner die Diabetes-Charity-Gala unterstützt. Der Thomas-



Thomas-Fuchsberger-Preis – für das Engagement für Menschen mit Diabetes.

Fuchsberger-Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. **Übrigens:** Für die Diabetes-Charity-Gala können erstmals alle Interessierten Tickets erwerben (unter diabetesde.org). [diabetesDE/dz](https://diabetesde.org)

Vorschläge können bis zum 15. August eingereicht werden über info@diabetesde.org.

Alle Informationen zum Thomas-Fuchsberger-Preis auf diabetesde.org – oder einfach den QR-Code scannen.



+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 24. September +++