



Frauen im Fokus

Das Ziel: eine gute Behandlung – für beide Geschlechter

MANNHEIM. Im Programm der Diabetes Herbsttagung ließen sich viele Symposien entdecken, in denen es um Frauengesundheit ging. Auch in der Pressekonferenz standen Frauen im Fokus.

Eine gleich gute medizinische Behandlung für Männer und Frauen – das sollte selbstverständlich sein, wird aber nicht immer umgesetzt. Doch immer mehr rückt die Frauengesundheit in den Fokus, immer mehr wird genauer auf die hormonellen Veränderungen z.B. durch Schwangerschaft und Menopause geschaut, mehr darüber gesprochen und geforscht. Wie der aktuelle Stand ist und was noch getan werden muss – auch darum ging es während der Herbsttagung.

Einen guten Überblick bekommen Sie durch den Bericht von der Pressekonferenz; tiefer einsteigen können Sie, indem Sie in der Mediathek die entsprechenden Symposien anschauen. In dieser Ausgabe sind außerdem die neuen Daten aus dem GestDiab-Register ein wichtiges Thema und auch über die Leitlinien zum PCOS können Sie sich informieren.

4, 9, 21

Diabetestechologie & Digitalisierung

WIESBADEN. In der Beilage „Technologie & Digitalisierung“ erfahren Sie Neues zu diesen Themen aus dem Bereich Diabetes.

Abb. TDK

Zukunft in die Hand nehmen

Beim Strategietag positionierte sich die DDG als „führende Stimme“

MANNHEIM. Beim Strategietag schauen alle, die daran teilnehmen, genau hin: Wo steht die DDG – und wie soll es weitergehen? 2026 soll die Prävention im Vordergrund stehen, zudem soll die Diabetologie sichtbarer werden – auf politischer Ebene, aber

auch aufgrund von mehr durch die DDG zertifizierten Kliniken und Praxen – sie seien die „Leuchttürme guter Versorgung“. Diabetes ist ein Querschnittsfach, die medizinischen Fachbereiche müssen zusammenarbeiten. Dabei sieht sich

die DDG als „koordinierende und führende Stimme“, so DDG Präsidentin Prof. Dr. Julia Szendroodi. Als solche geht die DDG auch gegen dubiose Online-Angebote und irrite Gesundheitsversprechen vor. Welchen Schaden gefälschte Logos

und Testimonials anrichten können, wurde während des Strategietags eingehend erläutert. Ein weiteres wichtiges Thema sind die neuen Komplexcodes. Sie sollen verstärkt genutzt werden, um einen Aufwands- und Kostennachweis zu schaffen.

6

»Sehr viele Medikamente in der Entwicklung«

MANNHEIM. Ja, es wird intensiv geforscht an neuen Substanzen zur Gewichtsreduktion. Darum geht es im Interview mit Prof. Dr. Thomas Forst. Aber auch darum, dass Prävention in der Kindheit der bessere Weg wäre – und man dann viel weniger über Inkretine sprechen müsste.

17

MedTriX^{Group}

Zweites Leben mit Nebenwirkung

Nach einer Transplantation tritt recht oft Diabetes auf – und ein Balanceakt beginnt

BAD HEILBRUNN/HANNOVER. Aufgrund von komplexen Wechselwirkungen aus Stoffwechsel, Immunsuppression und Prädisposition entwickelt rund ein Drittel der

transplantierten Menschen eine gestörte Glukosetoleranz oder einen manifesten Diabetes. Dieser gefährdet das Transplantat, ein Diabetes-Screening nach Transplan-

tion gibt es aber nicht. Eine strukturierte Rehabilitation kann helfen, die Risiken zu reduzieren. Wer aber kümmert sich danach von ärztlicher Seite um den Diabetes?

Bei Nierentransplantierten übernehmen das oft nephrologische Praxen, andere müssen sich eine Diabetespraxis suchen – und wünschen sich mehr Interdisziplinarität.

16



Zähes Ringen ums Recycling

MANNHEIM. In Deutschland landet der Großteil der 100 Millionen Pens für Insulin und Inkretinimetika und zudem der Sensoren, Katheter, Nadeln und Teststreifen im Restmüll. In anderen europäischen Ländern gibt es dafür schon Lösungen, in Deutschland tut man sich schwer damit. Warum das so ist und welche Vorschläge es gibt, wurde während der Diabetes Herbsttagung diskutiert. Außerdem: Wie funktioniert ein Pen-Recycler?

Foto: MrStockier - stock.adobe.com (generiert mit AI)

Seite 21 Erforscht: der Einfluss der Väter

MÜNCHEN. Die Gesundheit der Väter zum Zeitpunkt der Empfängnis beeinflusst die Gesundheit der Nachkommen. Für seine Forschung dazu wurde Dr. Raffaele Teperino ausgezeichnet.

Seite 25 Essensfenster und Energiebilanz

POTSDAM/BERLIN. Was passiert, wenn beim Intervallfasten die Kalorienzahl gleich bleibt? Das wurde in der ChronoFast-Studie sorgfältig untersucht – und nun herrscht Klarheit.

Seite 26 Kliniken Beelitz waren die Ersten

BEELITZ-HEILSTÄTTEN. Als erste Rehaklinik wurde die Kliniken Beelitz GmbH 2016 DDG zertifiziert. Welches Ziel hat das Team und warum ist die Rezertifizierung selbstverständlich?

INHALT

News & Fakten

Frauengesundheit im Fokus; DDG Strategietag 2025; Mangelernährung bei Adipositas und Typ-2-Diabetes; Interview mit MdB Simone Borchardt, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion; AWMF zur bedarfsgerechten Finanzierung der Gesundheitsversorgung; aktuelle GestDiab-Daten; Petition zur „Abnehmspritze“; Neues aus der Diabetesforschung 4-10

Kongress aktuell

Diabetes Herbsttagung: ressourcenschonendes Diabetesmanagement, Ernährung bei inkretinbasierter Therapie; Veranstaltung „Meilensteine der modernen Diabetologie“; Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie: Notfalloperationen unter SGLT2-Inhibitoren; Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation: Transplantation in Deutschland und Spendernieren; Diabetes Kongress: CGM-Werte und subjektives Empfinden ... 12-14, 19

Im Blickpunkt

Diabetes nach Organtransplantation; Bauchspeicheldrüsen von Mensch, Maus und Schwein: ein Vergleich; Porträt Dr. Raffaele Teperino (Young Investigator Award 2025); neue PCOS-Leitlinie; zertifiziertes Zentrum: Kliniken Beelitz 16, 19, 21, 26

Das Interview

Professor Dr. Thomas Forst: „Adipositas-Therapie kommt zu spät“ 17

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 23

Consilium Diabetes

Fettstoffwechselstörungen 24

Forum Literatur

ChronoFast-Studie: Essensfenster und Energiebilanz 25

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Kliniken und Arztpraxen; neue Diabetologinnen und Diabetologen; DDG Praxisempfehlungen; digitale dz 27

Weiterbildung & Qualifikation

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

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Stellengesuche, Nachfolgegesuche 30-31

Buntes

»Die Diabetologie gehört in diabetologische Hand«

Die DDG – führende Stimme in der metabolischen Medizin

Liebe Leserinnen und Leser,

wie geht es weiter in der Diabetesversorgung? Unsere Fachgesellschaft ist in den gesundheitspolitischen Reformprozess involviert und versucht, für die Menschen mit Diabetes, für Kliniken und Praxen gute Lösungen zu erarbeiten. Beim Strategietag im Vorfeld der Diabetes Herbsttagung wurde besprochen, wo wir stehen und wie es weitergeht. Ein zentraler Punkt: Zwar sind auch andere medizinische Fachbereiche mit dem Stoffwechsel befasst – die Diabetologie aber gehört ganz klar in diabetologische Hand mit der DDG als führende Stimme der metabolischen Medizin. Mehr dazu auf Seite 6.



**Prof. Dr.
Julia Szendrodi**
Präsidentin der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Foto: DDG/Dirk Deckbar

»Engagiert für Frauen mit Diabetes«

„Gemeinsam zu neuen Ufern!“ war ein Teil des Mottos der Diabetes Herbsttagung. Das sollte auch für die Frauengesundheit gelten. Auf Frauen mit Diabetes sollte genauer geschaut werden – allgemein, aber auch in Lebensphasen wie Schwangerschaft und Menopause. Wir müssen unsere Patientinnen gut informieren, aber auch selbst als Ärztinnen und Ärzte aktiv werden, etwa wenn es darum geht, Risiken zu erheben und zu reduzieren. Es ist gut, dass diese Themen mehr in den Fokus rücken, zum Beispiel bei der Pressekonferenz zur Herbsttagung. In dieser Ausgabe findet sich das Thema Frauengesundheit wieder auf den Seiten 4, 9 und 21.

»Vom Einweg zur Kreislaufwirtschaft – aber wie?«

Viele Menschen mit Diabetes erschrecken, wenn sie sehen, welche Menge an Pens, Sensoren, Kathetern, Teststreifen und

Verpackungen sie entsorgen. In der DDG beschäftigt sich besonders die Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Umwelt & Klima mit Umweltschutz-Themen. Auch während der Herbsttagung wurde diskutiert, wie in Deutschland ein Rücknahmesystem aufgebaut werden könnte. Was angedacht ist und welche Schwierigkeiten es noch gibt, finden Sie zusammengefasst auf Seite 12.

»Zwischen Transplantatschutz und Stoffwechselstabilität«

Eine Organtransplantation kann Leben retten, Leben verlängern, die Lebensqualität verbessern. Beachtet werden muss, dass nach einer Transplantation etwa ein Drittel

der Patientinnen und Patienten eine gestörte Glukosetoleranz oder sogar einen manifesten Diabetes entwickelt. Wie findet man die Balance zwischen Transplantatschutz und Stoffwechselstabilität? Das erfahren Sie auf Seite 16.

»diabetes zeitung nun auch digital lesen«

Für alle Mitglieder der DDG haben wir ein neues Angebot: die diabetes zeitung im digitalen Format. Darin können Sie z.B. direkt Links anklicken, Videos und Podcasts ohne Verzögerung starten, Bildergalerien anschauen ... Wie Sie die digitale dz bekommen? Die Kontaktmöglichkeit finden Sie auf Seite 31.

Ganz herzlich Ihre

Prof. Dr. Julia Szendrodi

diabetes zeitung

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtredaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

Herausgeberschaft:

Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin
Präsidentin: Prof. Dr. Julia Szendrodi

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 Szendrodi, Dr. Tobias Wiesner

Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle:

Franziska Fey

Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger

Teamleitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: Christina Mähler, Jasmin Reutter, Beate Scholz, Mira Vetter

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung: Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Teamleitung Media: Alexandra Ulbrich

Anzeigen:

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 10 vom 1.1.2025

Teamleitung Vertrieb: Birgit Höflmair

Vertrieb und Abonnentenservice:

E-Mail: mtd-abo@service@medtrix.group

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG

Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50

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

Konto: HVB / UniCredit Bank AG

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

ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden

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



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

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

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

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet



Rezdiffra®

Resmetirom Filmtabletten
60mg · 80mg · 100mg

MASH MIT FIBROSE lebergerichtet therapiert ist kein Wunschedenken mehr.

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

Mehr zu Rezdiffra®
erfahren Sie hier:
www.madrigalpro.de

Scannen Sie einfach
diesen QR-Code:



Lebergerichtete Therapie

- Erste und einzige ziel-gerichtete MASH-Therapie

Überzeugende Wirksamkeit¹

- Fibroseverbesserung[#]
- MASH-Remission^{##}

Demonstrierte Sicherheit¹

- > 23.000 Patient:innen behandelt^{\$,2}

[#] Fibroseverbesserung um ≥ 1 Stadium ohne Verschlechterung der Steatohepatitis (definiert als keine Zunahme des Scores für Ballooning, Entzündung oder Steatose).

^{##} Remission der MASH (Score von 0–1 für Entzündung, 0 für Ballooning und jeglicher Wert für Steatose) ohne Verschlechterung der Leberfibrose.

^{\$} Stand 30. Juni 2025.

MASH: metabolische Dysfunktion-assoziierte Steatohepatitis.

1. Fachinformation Rezdiffra®, Stand August 2025. 2. Madrigal Pharmaceuticals, Inc. Madrigal Pharmaceuticals Reports Second-Quarter 2025 Financial Results and Provides Corporate Updates.

Online verfügbar unter <https://ir.madrigalpharma.com/news-releases/news-release-details/madrigal-pharmaceuticals-reports-second-quarter-2025-financial> (letzter Zugriff 21.10.2025).

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

Rezdiffra® ist eine eingetragene Marke der Madrigal Pharmaceuticals Inc.

Frauengesundheit im Fokus

Diabetes und: Menopause, Schwangerschaft, Lipödem

MANNHEIM. Frauen und Männer sollten medizinisch gleich gut behandelt werden. Das geschieht nicht immer – zum Teil, weil noch zu wenig bekannt ist über die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, teilweise, weil zu wenig darauf eingegangen wird. Und wie sieht es bei Frauen eigentlich mit der Selbstfürsorge und zeitlichen Ressourcen aus? Die Chance, zu informieren, wurde während der Diabetes Herbsttagung genutzt.

Früher eher belächelt und abgetan, oft sogar ein Tabu: die Menopause bzw. die Wechseljahre. Das hat sich geändert, man schaut genauer hin – und weiß auch immer mehr über die Auswirkungen auf den weiblichen Stoffwechsel: Bereits in der Perimenopause sinkt der Östrogenspiegel. Das führt zu mehr viszeralem Fett und zu einer geringeren Insulinempfindlichkeit. „Diese Prozesse setzen ein, noch bevor klassische Risikomarker wie Cholesterin oder Blutdruck auffällig werden“, erklärt DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI. Besonders Frauen mit einer frühen Menopause – also vor dem 45. Lebensjahr – haben laut internationalen Studien ein rund 30 % höheres Risiko für Typ-2-Diabetes. Auch Frauen mit einem früheren Schwangerschaftsdiabetes sollten die Wechseljahre als Chance

begreifen, ihren Stoffwechsel gezielt zu überprüfen.

Auswirkungen bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes

In der Perimenopause schwanken die Hormonspiegel stark; das beeinflusst auch den Blutzucker. Frauen mit Typ-1-Diabetes bemerken oft wechselnde Insulinbedarfe und unvorhersehbare Glukosewerte. Nach der Menopause bleibt der Insulinbedarf meist erhöht, da der Stoffwechsel weniger flexibel reagiert. Auch bei Typ-2-Diabetes kann die Stoffwechsellage in dieser Zeit instabiler werden. Der Verlust des hormonellen Herzschutzes insbesondere durch Östrogen steigert das Risiko für **Herzinfarkt und Schlaganfall**. Dennoch, so zeigen Registerdaten, werden Frauen nach der Menopause in Deutschland seltener leitliniengerecht behandelt, insbesondere im Hinblick auf Cholesterin- und Blutdrucktherapien. Das hat auch damit zu tun, dass Frauen in Studien unterrepräsentiert sind, so Prof. Szendrődi. Auch würden Medikamente zur Senkung von Blutdruck und Lipiden oft überdosiert – damit steigt das Risiko, dass sie aufgrund starker Nebenwirkungen nicht eingenommen werden.

Mit dem Absinken des Östrogen-Spiegels verändert sich die Fettverteilung im Körper – ein Risikofaktor für **Fettlebererkrankungen**. Nach der Menopause nimmt die Häufigkeit der Metabolic Dysfunction-associated Steatotic Liver disease (MASLD) spürbar zu. Vor der Menopause sind Frauen nur etwa halb so häufig betroffen wie Männer, danach steigt die Zahl deutlich an. „Besonders bei Frauen mit Insulinresistenz oder Diabetes sehen wir häufiger eine fortschreitende Leberfibrose“, so Prof. Szendrődi. Fachgesellschaften empfehlen regelmäßige Screenings, zunächst mit Blutwerten und einfachen Scores, bei Auffälligkeiten ergänzt durch Ultraschall oder Elastografie. „Herz und Leber altern gemeinsam mit dem Stoffwechsel. Die Menopause ist der Moment, an dem Prävention neu ansetzen muss.“

Hormonersatztherapien können den Stoffwechsel günstig beeinflussen, sind aber keine allgemeine Lösung. Sie eignen sich vor allem bei ausgeprägten Beschwerden und niedrigem Gefäßrisiko. Entscheidend ist

eine individuelle Risikoabwägung. „Wichtiger als Hormonersatzpräparate bleibt Bewegung“, sagt Prof. Szendrődi.

Screening und Beratung: im Alltag angekommen?

Screenings und die Beratung zu Veränderungen in den Wechseljahren müssen im Versorgungsalltag ankommen und gelebt werden. Wie ist die derzeitige Situation? Prof. Szendrődi: „Die sprechende Medizin braucht Zeit, es braucht auch eine Vertrauensbasis. Viele Frauen haben in dem Alter, in dem es in Richtung Perimenopause geht, ganz andere Sorgen als die eigene Gesundheit. Es ist wichtig, dass wir nicht nur an die Patientinnen appellieren, sondern dass auch wir Ärztinnen und Ärzte daran denken, aufzuklären und wirklich zu erheben: Wie hoch ist das kardiovaskuläre Risiko? Und was kann man verändern?“

Lipödem und Diabetes können einander beeinflussen

In Deutschland sind über 10 % der Frauen von einem Lipödem betroffen und leiden durch die disproportionale Fettvermehrung vor allem an Armen, Hüften und Beinen an Druck- und Spontanschmerzen. „Ich lebe seit meiner Pubertät mit dem Lipödem und erhielt erst nach zwölf Jahren die richtige Diagnose. Mit 21 kam Typ-1-Diabetes dazu“, berichtet KATHI KORN, Keynote-Speakerin, Botschafterin für Menschen mit Diabetes und Autorin aus Walldorf. „Insulin senkt meinen Blutzucker, kann aber das betroffene Fettgewebe wachsen lassen. In verändertes Gewebe gespritzt, wirkt Insulin oft schlechter und langsamer. Das führt zu längeren Abständen zwischen Spritzen und Essen, instabilen Werten und starken Schmerzen an Setzstellen.“

Für die Behandlung des Lipödems gibt es inzwischen genauere diagnostische Kriterien und therapeutische Empfehlungen – etwa zu konservativen und operativen Maßnahmen. „Entscheidend ist eine geschlechtersensible, individuell angepasste Betreuung: Dazu gehören eine differenzierte hormonelle Anamnese, eine auf die Patientin zugeschnittene Schmerz-, Bewegungs- und Kompressionstherapie, psychosoziale Unterstützung sowie



Foto: rima – stock.adobe.com

eine verständliche Aufklärung über alle Behandlungsoptionen – und eine individuell optimierte Diabetestherapie“, erklärt Professorin Dr. CLAUDIA EBERLE, Universitätsmedizin Marburg – Campus Fulda und Hochschule Fulda.

Bei Kathi Korn war eine Liposuktion der Wendepunkt: „Nach mehreren Eingriffen an Oberarmen, Oberschenkeln und am Bauch wirkte mein Insulin deutlich besser und schneller. Ich brauchte weniger Insulin, konnte alle Setzstellen wieder verwenden und habe – zusammen mit Bewegung und antizündlicher Ernährung – stark an Gewicht verloren. Das ist ein Stück Lebensqualität, das ich mir zurückerobern habe.“ Zugleich wünscht sie sich mehr Unterstützung: „Liposuktionen sind teuer und werden nur unter engen Voraussetzungen übernommen. Hier braucht es mehr Empathie und weniger Bürokratie.“ Allgemein rät sie, sich zu informieren, zur Expertin zu werden, Ärztinnen und Ärzte mit ins Boot zu holen und als Team zusammenzuarbeiten.

Gestationsdiabetes als Chance für die Langzeitgesundheit

Eine besonders sensible Phase im Leben von Frauen ist die Schwangerschaft. Diese Phase sollte genutzt werden, um für die eigene Gesundheit, die Gesundheit des Kindes und auch die Familiengesundheit vorzusorgen, sagt Professorin Dr. TANJA GROTHEN, Sprecherin der AG Diabetes & Schwangerschaft und Direktorin der Klinik und Poliklinik für Geburtsmedizin der Uniklinik Köln. Frauen mit Gestationsdiabetes (GDM) werden aufgrund des GDM betreut, meist mit Fokus auf

das Kind. Es eröffnet sich aber auch die Chance, eine fröhliche Sekundärprävention zu betreiben, sagt Prof. Groten, denn: 50 % der Schwangeren mit GDM entwickeln innerhalb von zehn Jahren einen Typ-2-Diabetes, nach 20 Jahren sind es 70 %. Sie plädiert für eine lebenslange Nachsorge und Nachsorgeprogramme. Und: „In einer idealen Welt“ sollte man alle Frauen mit GDM durch Kochkurse, Einkaufscoachings und Bewegungsprogramme „ganzheitlich abholen“. Am besten sollte dies allen Schwangeren angeboten werden, aber bei Frauen mit GDM „haben wir tatsächlich Zugriff auf dieses Kollektiv von Frauen, das besonders gefährdet ist“. Man könnte so den Anstoß für ein gesünderes Leben geben.

Wie steht es nun um die **Leitlinie Gestationsdiabetes**? Die Leitlinie entsteht interprofessionell und interdisziplinär, mittlerweile wird sie seit drei Jahren überarbeitet. Es gebe Fachrichtungen, „die denken: Wir machen die Frauen krank, wenn wir einen Diabetes in der Schwangerschaft diagnostizieren“ – anstatt den GDM ernst zu nehmen als „Chance für die Langzeitgesundheit“. Auch beim Einsatz von CGM-Sensoren gebe es verschiedene Meinungen – und eine Studie, die die positive Wirkung einer Sensornutzung auf die Kinder zeigt, aber noch nicht publiziert ist und nicht mehr in die Leitlinie aufgenommen werden kann. Zudem ermöglicht die Nutzung von Sensoren, viel über den eigenen Stoffwechsel zu lernen, was die Frauen auch im späteren Leben beeinflusst. „Meine persönliche Hoffnung ist, dass wir sowohl die Sensoren als auch das frühzeitige, umfassende Screening gerade von Risikogruppen sehr viel ernster nehmen und lebenslang fortführen können.“ DDG/Nicole Finkenauer

Diabetes Herbsttagung, Pressekonferenz

»Prävention neu denken in der Menopause«

Für den Diabetologie-Durchblick
der Podcast für Expert*innen

Diabetes und Schwangerschaft: Möchten Sie mehr wissen?

Dann hören Sie sich die Folge mit den Sprecherinnen der AG Diabetes & Schwangerschaft, Prof. Dr. Tanja Groten und PD Dr. Katharina Laubner, an. Es geht um das Screening, um CGM, Metformin, Inkretinimetika und Schwangerschaft mit Typ-1-Diabetes. Schauen Sie einfach auf den gängigen Podcast-Plattformen – und über den QR-Code geht's direkt zur Folge.



Mehr über Frauengesundheit

Während der Diabetes Herbsttagung wurden einige **Symposien zur Frauengesundheit** angeboten. Die meisten sind in der Mediathek unter dem Schwerpunktthema „Schwangerschaft“ zu finden. Außerdem sind diese Symposien interessant: „Diabetes trifft Endokrinologie bei häufigen Erkrankungen“, „Typ-1-Diabetes in besonderen Lebenslagen“, „Diabetes und Lipödem – Wechselwirkungen, Herausforderungen und Perspektiven“, „Gynäkologische und andrologische hormonelle Aspekte bei Diabetes“. Alle Symposien sind **sechs Monate abrufbar** (seit 8. November) unter [herbsttagung-ddg.de](#)

EIN HOCH AUF DIE EINFACHHEIT

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

PASST AN

Mikroboli passen
die Insulinabgabe
automatisch an.¹

KORRIGIERT

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

SCHÜTZT

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

Jetzt mehr zu
Omnipod® 5
erfahren



Der Pod ist ohne
erforderliches
Pflaster abgebildet.



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

1. Im Automatisierten Modus verwendet die SmartAdjust™-Technologie das Gesamttagessinsulin (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 ($> 10,0 \text{ mmol/L}$ oder $> 180 \text{ mg/dL}$) 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 ($< 3,9 \text{ mmol/L}$ oder $< 70 \text{ mg/dL}$) mit ST vs. Omnipod 5 (über 3 Monate), basierend auf CGM, bei Erwachsenen/Jugendlichen und Kindern: 2,89 % vs. 1,32 %, $p < 0,0001$ bzw. 2,21 % vs. 1,78 %, $p = 0,8153$.

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

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

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

omnipod
5
automated insulin
delivery system

»Diabetologie gehört in diabetologische Hand«

DDG setzt beim Strategietag auf Prävention und Sichtbarkeit

MANNEIM. „360° Diabetes: Leinen los, gemeinsam zu neuen Ufern“, so das Motto der diesjährigen DDG Herbsttagung mit Mannheim als Austragungsort. Die Segel setzte die DDG auch bei ihrem Strategietag. Die Ausrichtung für 2026: mehr Prävention und mehr Sichtbarkeit der Diabetologie, vor allem durch (mehr) zertifizierte Zentren.

Den Strategietag einen Tag vor der Herbsttagung eröffneten schon fast traditionell die beiden Moderatoren Professor Dr. RALF LOBmann, Sprecher der DDG Regionalgesellschaften, und Dr. RALPH ZIEGLER, Sprecher der DDG Gremien.

Der Erfolg der Fachgesellschaft zeigte sich vor allem in der Themenbreite ihrer zahlreichen Gremien, betonten die beiden: 21 Arbeitsgemeinschaften, 6 Ausschüsse, 9 Kommissionen und 15 Regionalgesellschaften sorgten dafür, dass die Deutsche Diabetes Gesellschaft in allen relevanten diabetologischen Bereichen auch politisch immer am Ball bleibe.

Prävention im Fokus der Zusammenarbeit

Die Umsetzung des Tagungsmottos, sich „gemeinsam zu neuen Ufern“ aufzumachen, zeigte sich auch in der themenübergreifenden Pressearbeit der Fachgesellschaft zusammen mit diabetesDE, DGE, BVND, VDBD, Fußnetz Bayern, DAG, BVKJ, DGKJ und DANK. Im Fokus stand dabei auch, das Thema Prävention politisch sichtbarer zu machen, was durch die intensivere Zusammenarbeit zwischen DDG und diabetesDE (Kampagne #SagEsLaut) sowie der DANK-Allianz gut gelang, etwa bei Veranstaltungen wie parlamentarischen Abenden oder der Herausgabe eines Positionspapiers zur T1D-Prävention. Ihre Positionen machte die DDG auch in über 30 interdisziplinären Stellungnahmen, Pressemitteilungen und Kommentierungen deutlich, z. B. zur elektronischen bzw. Diabetes-Patientenakte, zum KHVVG oder zur Relevanz des Prädiabetes im DMP KHK.

DDG-Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI blickte zunächst auf die Erfolge bei den Fort- und Weiterbildungen 2025, die vor

allem durch neue Hybridformate möglich wurden. So qualifizierte die DDG in diesem Jahr bereits u. a. 119 Diabetolog*innen DDG, 158 Adiposilog*innen DAG-DDG, 34 Diabetescoaches und 344 Diabetesberater*innen DDG.

DDG als führende Stimme der metabolischen Medizin

„Die Diabetologie gehört in diabetologische Hand“, betonte sie. Der Stoffwechsel sei Querschnittsthema vieler Erkrankungen – vom Herz über die Niere bis zur Leber. Andere Fachdisziplinen besetzten zunehmend Themen wie Glukosemonitoring, Adipositas, MASLD oder Stoffwechselchirurgie. „Die DDG behauptet sich als koordinierende und führende Stimme der metabolischen Medizin!“

In Sachen Sichtbarkeit der Diabetologie, vor allem auf politischer Ebene, ging hierzu ein großes Lob an die DDG Geschäftsstelle und ihren „unermüdlichen Einsatz“, so die Moderatoren.

Prof. Szendrődi gab auch ein Update zur Krankenhausreform. In allen Kliniken, in denen man regelmäßig Menschen mit Diabetes behandelt, müsse eine diabetologische Struktur vorhanden sein – auch wenn nicht jedes Haus eine eigene Fachabteilung „Endokrinologie/Diabetologie“ führe, sagte sie. Dort müssten u. a. Ärzt*innen mit diabetologischer Zusatzqualifikation, Pflegekräfte mit diabetologischer Weiterbildung sowie Diabetesberater*innen, Diabetesassistent*innen oder Diabetescoaches DDG (gemäß den Qualifikationen der DDG Akademie) in das multiprofessionelle Team eingebunden sein.

Mit Blick auf das GVSG berichtete Dr. TOBIAS WIESNER von einem „Meilenstein“ hinsichtlich der hausärztlichen Vorhaltepauschale, denn es seien „Ausnahmeregelungen für diabetologische Schwerpunktpraxen“ beschlossen worden. Zur Neuregelung der Chronikerpauschale gebe es bislang jedoch keine Einigung. Die genauen Kriterien und die gestufte Bewertung nach Krankheitsbild werden noch durch



Stillstand gab es nur fürs Gruppenfoto. Der Strategietag 2025 zeigte, dass die Deutsche Diabetes Gesellschaft in der metabolischen Medizin die Richtung vorgibt – und als koordinierende und führende Stimme wirkt. Foto: DDG

»DDG zertifizierte Zentren stärker als Leuchttürme guter Versorgung positionieren«

den Bewertungsausschuss (KBV und GKV-Spitzenverband) festgelegt.

Zertifizierte Zentren als Leuchttürme guter Versorgung

Versorgungsqualität sichern und sichtbar machen, dies sei auch 2026 die Zielrichtung der DDG. Dabei will die Fachgesellschaft vor allem die zertifizierten Zentren stärker als Leuchttürme guter Versorgung positionieren, sowohl bundesweit als auch international, erklärte Professor Dr. Dirk MÜLLER-WIELAND vom Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung. Für Diskussionen sorgte ANNETTE KATRIN DÖBLER mit ihrem Impuls-vortrag zum Thema „Chancen und Gefahren durch Medfluencing, Fake-Anzeigen und eigene Social-Media-Accounts“. Vor dubiosen Online-Angeboten beim Diabetes durch irreführende Gesundheitsversprechen, gefälschte Logos und falsche Testimonials hatten DDG, diabetesDE, BVND und VDBD unlängst gemeinsam gewarnt. Medizinthemen würden heute „viral gehen“, z. B. zu Abnehmspritzen, Intervallfasten oder CGM-Trends auf TikTok. Theoretisch würde jede Ärztin bzw. jeder Arzt zur/zum Influencer*in. Hier sieht sie Chancen für Fachgesellschaften wie die DDG. Als deren

zentrale Ziele im digitalen Raum nannte sie vor allem Mitgliederkommunikation und -aktivierung, reichweitenstarke Platzierung gesundheitspolitischer Positionen oder auch die Bewerbung von Veranstaltungen und Kongressen. Social Media dürfen aber kein Zufallsprodukt sein, sondern benötige langfristig strategische Planung und Steuerung. „Sichtbarkeit entsteht durch Interaktion, Austausch und Emotionen“, betonte sie. Der Aufwand für einen erfolgreichen Kanal liege bei 15 bis 20 Stunden pro Woche. Schnelligkeit dürfe allerdings „nie auf Kosten der wissenschaftlichen Sorgfalt gehen“.

Komplexcodes schon heute verstärkt codieren

Die neuen Komplexziffern, also spezielle Abrechnungscodes für Diabetes mellitus allgemein, für Insulinpumpentherapie und diabetischen Fuß, stellte ANNETTE AHOLLINGER von der Kommission Kodierung & DRGs in der Diabetologie vor. Die Beantragung der Zuordnung in Leistungsguppe LG2 (komplexe diabetologische Behandlung) statt „nur“ in LG1 (Grundversorgung, z. B. Innere Medizin) sei erfolgt, um zu verhindern, dass die Diabetologie „im großen Bereich der Inneren Medizin aufgehe“, erklärte sie. Die Bedeutung

Wer wurde geehrt?

- Dr. Sandra Schlüter und Dr. Guido Freckmann für ihr 20-jähriges Engagement bei der AGDT
- Prof. Dr. Lutz Heinemann für zehn Jahre intensive Arbeit in der Kommission Labordiagnostik
- Leuchtturmprojekte der Gremien und Regionalgesellschaften: u. a. AG Diabetes & Schwangerschaft, Diabetisches Fußkonsil, AG Diabetes & Psychologie



Beim Strategietag wurde über Krankenhausreform und Ambulanzen gesetzt diskutiert. Diese gesundheitspolitischen Themen werden die DDG auch 2026 beschäftigen.



des Komplexcodes DM für die Leistungsgruppen müsse sich auch in der CCL-Relevanz widerspiegeln – und damit im Erlös. Komplexe Diabetestherapien wie eine aufwendige Insulinpumpeneinstellung dürfen demnach nicht nur auf dem Papier als „komplex“ gelten, sondern müssen auch finanziell honoriert werden. Sie appellierte daher an die Kolleg*innen – trotz (noch) fehlender Erlösrelevanz –, Komplexcodes verstärkt zu nutzen und sich zu bemühen, die Struktur- und Mindestmerkmale zu erfüllen. Denn durch die Datenlieferungen seien die Krankenhäuser „gläsern“. „Nutzen wir also die Daten für uns als Aufwands- und Kostennachweis“, motivierte sie die Anwesenden. Zudem stellte Annette Ahollinger die Sinnhaftigkeit des Alterssplits bei der Diabetesbehandlung und das Ambulanzsierungspotenzial der „leichten“ Fälle ohne Komplexcode heraus. Abschließend zeigte sie sich verärgert vom Ergebnis des Schlichtungsausschusses zu Hypoglykämien als Komplikation. Den Schlichtungsantrag gestellt hatte das Städtische Klinikum Dresden. Der Ausschuss kam Anfang November jedoch zu dem Ergebnis, dass Hypos keinen Aufwand bzw. Ressourcenverbrauch verursachten, außer bei einem diabetischen Koma. Dass die DDG zu neuen Ufern aufbricht, hat sich an diesem Strategietag vielfach gezeigt, vor allem im medialen Bereich. So gibt es die diabetes zeitung ab sofort parallel zum Printprodukt als digitale Ausgabe – mit leicht abrufbaren, mehrwertigen Optionen (s. links). Angela Monecke

Übergewichtig und doch unversorgt

Millionen Menschen sind mangelernährt – auch Ältere und Menschen mit Diabetes und Adipositas

BERLIN. Mangelernährung betrifft längst nicht nur untergewichtige Menschen. Besonders gefährdet sind ältere Menschen sowie Menschen mit chronischen oder schweren Erkrankungen – etwa im Krankenhaus –, aber auch Menschen mit Adipositas oder Typ-2-Diabetes. 50.000 Todesfälle pro Jahr wären vermeidbar.

Mit dem Älterwerden schrumpfen die körperlichen Reserven, die Verwundbarkeit nimmt zu“, erklärte Professor Dr. JÜRGEN BAUER, 2. Vizepräsident der DGEM und Ärztlicher Direktor des Geriatrischen Zentrums der Universitätsklinik Heidelberg. „Wenn Energie und Eiweiß fehlen, baut der Körper Muskelmasse ab. Die Folgen sind gravierend: Schwäche, Stürze, Verlust der Selbstständigkeit.“ Allein im Krankenhaus verliere ein älterer Patient innerhalb von drei Tagen bis zu ein Kilogramm Muskelmasse. „Das entspricht etwa vier Steaks – ein Bild, das man nicht vergisst“, sagte Prof. Bauer. „Und es zeigt, wie entscheidend Ernährung für Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter ist.“ Prof. Bauer warnte davor, Gewichtsverlust im Alter zu unterschätzen: „Ein Kilo weniger im Jahr wirkt harmlos – ist es aber nicht. Jede ungewollte Gewichtsabnahme im höheren Alter sollte medizinisch abgeklärt werden.“ Besonders gefährdet seien ältere Menschen mit Appetitverlust, Depression oder sozialer Isolation. Auch die zunehmende Altersarmut werde die Situation weiter verschärfen.

Überernährung – aber Vitamine und Spurenelemente fehlen

Wie vielfältig die Erscheinungsformen von Mangelernährung sein können, zeigte der Beitrag von DDG Präsidentin Professorin Dr. JULIA SZENDRÖDI: „Bis zu 30 Prozent der Menschen mit Adipositas oder Typ-2-Diabetes weisen trotz ausreichender Kalorienzufuhr einen ausgeprägten Mikronährstoffmangel auf“, so Prof. Szendrodi. „Man erwartet das nicht – aber selbst bei Menschen mit Überernährung fehlen oft Vitamine und Spurenelemente.“

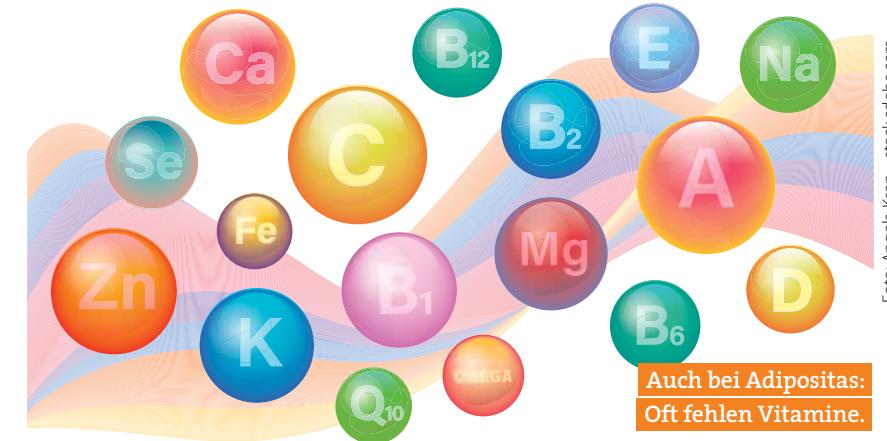
Strukturen verbessern, 50.000 Todesfälle verhindern

DGEM-Präsident Dr. GERT BISCHOFF betonte die gesundheitspolitische Dimension des Problems: „Wir wissen aus großen Studien, dass durch ein systematisches Screening und eine leitliniengerechte Ernährungstherapie jährlich über 50.000 Todesfälle verhindert werden könnten. Mangelernährung ist kein unausweichliches Schicksal – sie ist vermeidbar, wenn die Strukturen stimmen.“ Die DGEM fordert verbindliche Ernährungsteams in allen Krankenhäusern, ein flächendeckendes Screening bei Aufnahme, eine angemessene Vergütung im ambulanten Bereich sowie die konsequente Umsetzung qualitätsgesicherter Standards wie nutriZert und E-Zert. „Nur wenn Ernährung als zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgung verstanden und finanziert wird, können wir die Versorgungslücke schließen – im Interesse von Millionen Betroffenen.“

In der Ernährungstherapie bei Typ-2-Diabetes liegt der Fokus häufig auf einer strikten Kalorien- und Kohlenhydratreduktion, während der Erhalt von Muskelmasse zu wenig berücksichtigt wird. Doch genau das kann gravierende Folgen haben: Muskelabbau schwächt den Körper, schränkt die Beweglichkeit ein und verschlechtert die Stoffwechselle. Expertinnen und Experten betonten daher, wie wichtig es ist, die Nährstoffversorgung und gezieltes Mus-

keltraining als feste Bestandteile der Diabetesbehandlung zu verankern – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Andernfalls droht eine sarkopene Adipositas, die die Insulinresistenz verschärft und die Gebrechlichkeit fördert. „Diese paradoxe Form der Mangelernährung ist ein wachsendes Problem, das wir viel früher erkennen müssen“, so Prof. Szendrodi. DGEM/Red.

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zur Malnutrition Awareness Week 2025



Auch bei Adipositas:
Oft fehlen Vitamine.

Foto: Angela Ken - stock.adobe.com

Gemäß Empfehlung der DDG:

Zeit für

GLYCEROLFREIE GLUCOSE-TESTS*

Aus INORY
wird INOKY!



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

Zeit für INOKY

DDG = Deutsche Diabetes Gesellschaft

* Der Verzicht auf Glycerol wird empfohlen nach: Gemeinsames Positionspapier der Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie.¹ ** Gültig ab Januar 2026.

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

2. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AGG). S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM). Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage. AWMF-Registernummer: 057-008. Version 3.0. Stand: 28. Februar 2018. Gültig bis: 27. Februar 2023 (in Überarbeitung). Abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06-abgelaufen.pdf (Letzter Zugriff: August 2025).

3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023. Abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001I_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf (Letzter Zugriff: August 2025).

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

»Spezialisierte diabetologische Praxen und Zentren sind unverzichtbar«

Gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion fordert, auch regionale Leistungen in Versorgungsplanung zu integrieren

BERLIN. Im Zuge der jüngsten Reformen fürchtet die Diabetologie um ihre Existenz und um eine hochwertige, spezialisierte Versorgung. Simone Borchardt, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, setzt auf regionale und digitale Versorgungsmodelle sowie interdisziplinäre Kooperationen, bei der Diabetesprävention auf die Zuckersteuer.

INTERVIEW



Simone
Borchardt
Gesundheitsökonomin,
MdB, Mecklenburg-
Vorpommern

Foto: Simone Borchardt

Die Diabetologie ist weiter in Sorge, dass spezialisierte diabetologische Versorgungsangebote wie Schwerpunktpraxen oder stationäre Zentren für Menschen mit Diabetes im Zuge der Krankenhaus- und Gesundheitsstrukturreform geschwächt werden. Wie lassen sich aus Ihrer Sicht diese Versorgungsstrukturen erhalten bzw. stärken?

Simone Borchardt: Spezialisierte diabetologische Praxen und Zentren

sind für viele Patient*innen unverzichtbar. Sie sichern eine hohe Versorgungsqualität und entlasten zugleich die Grundversorgung. Diese Strukturen müssen auch im Zuge der Reformen berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass ihre Leistungen im regionalen Bedarf anerkannt, in die Versorgungsplanung integriert und auskömmlich finanziert bleiben. Kooperationen zwischen Kliniken, Schwerpunktpraxen und Hausärzt*innen können dabei helfen, die Kontinuität der Behandlung zu sichern.

Mit welchen konkreten Maßnahmen lässt sich die Versorgung von Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes nachhaltig verbessern – insbesondere im Hinblick auf den Ausbau spezialisierter Versorgungsangebote, die Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit und eine bessere Diabetesversorgung auf dem Land?

Borchardt: Eine nachhaltige Verbesserung gelingt nur durch Zusammenarbeit. Interdisziplinäre Teams, in denen Medizin, Pflege, Ernährungsberatung und Psychologie Hand in Hand arbeiten, sind entscheidend. Gerade in ländlichen Regionen müssen digitale Lösun-

gen und neue Versorgungsmodelle stärker genutzt werden. Disease-Management-Programme sollten weiterentwickelt und praxisnah gestaltet werden. Ziel ist eine wohnortnahe, gut abgestimmte Versorgung, die den individuellen Bedürfnissen gerecht wird.

Wie sollten die Präventionsgelder der Krankenkassen effektiver für die Diabetesprävention eingesetzt werden – z. B. zur Ernährungs- und Bewegungsförderung in den Schulen, und für wie hilfreich halten Sie regulatorische Instrumente wie eine Zuckersteuer?

Borchardt: Die Präventionsmittel der Krankenkassen sollten gezielter dort eingesetzt werden, wo sie die größte Wirkung entfalten – vor allem bei Kindern und Jugendlichen, in Kitas, Schulen und Betrieben. Ernährungsbildung und Bewegungsförderung brauchen verlässliche Strukturen und eine langfristige Finanzierung.

Eine mögliche Idee wäre die Einführung einer Abgabe auf zuckerhaltige Lebensmittel. Die daraus erzielten Einnahmen könnten in den Gesundheitsfonds fließen, um gezielt Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention,

»Zuckersteuer als Instrument«

insbesondere im Bereich Ernährung und Bewegung, zu finanzieren. Regulatorische Maßnahmen wie eine Zuckerabgabe könnten ein wirksames Instrument sein, wenn sie Teil eines umfassenden, wissenschaftlich begleiteten Präventionskonzepts sind. Entscheidend wäre jedoch, dass sie fair, transparent und sozial ausgewogen gestaltet werden.

Interview: Angela Monecke

»Digitale Lösungen für ländliche Regionen«

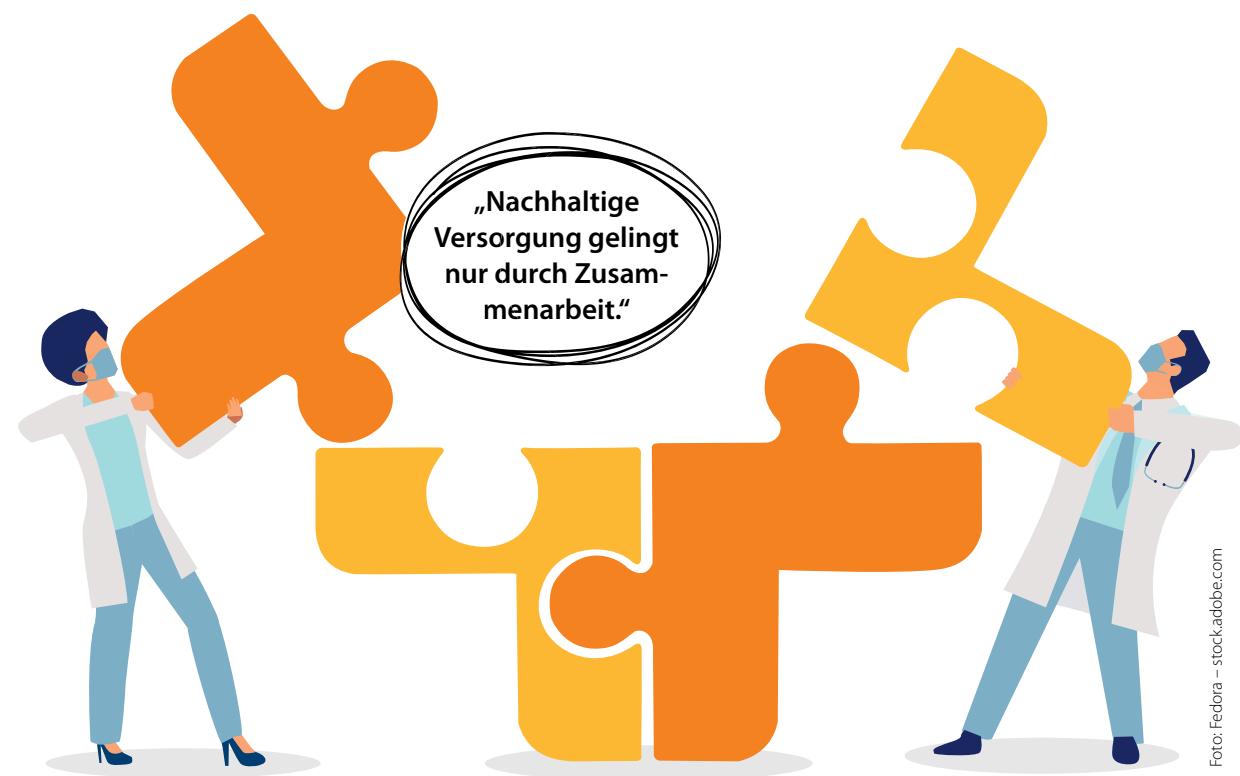


Foto: Fedora - stock.adobe.com

Wo kann gespart werden?

„Keine stationäre Vorhaltung für ambulant mögliche Leistungen dauerhaft festschreiben“

BERLIN. Auch bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) macht man sich Gedanken, wie es in der Gesundheitsversorgung weitergehen und wie vor allem eine bedarfsgerechte Finanzierung gelingen kann. Basis für die Überlegungen ist eine aktuelle Datenanalyse zur Finanzierung der Krankenhäuser und zu Potenzialen der Ambulantisierung.

Uns fehlen in erster Linie nicht neue Konzepte für ein sektorenverbindendes System der Gesundheitsversorgung“, erklärte AWMF-Präsident Professor Dr. ROLF-DETLEF TREDE, Deutsche Physiologische Gesellschaft, Mannheim. „Vielmehr stellen die Vielfalt der Kostenträger, wie gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversi-

»Komplexe Finanzströme«

cherung, Rentenversicherung oder Pflegeversicherung, und die daraus resultierenden komplexen Finanzströme die größte Herausforderung für die Planung und Finanzierung der zukünftigen Gesundheitsversorgung dar.“

Unterschiedliche Potenziale zur Effizienzsteigerung

Mit dem Thema Finanzierung der Krankenhausreform und Potenziale der Ambulantisierung beschäftigte sich auch Dr. ROBERT MESSERLE, Gesundheitsökonom vom Wissenschaftlichen Institut der AOK

(WIdO). „Die Potenziale zur Steigerung der Effizienz sehen je nach Leistungsgruppe sehr unterschiedlich aus. Mal zeigt der AOP-Katalog das größte Potenzial, mal die IGES-Empfehlungen oder die potenziell vermeidbaren ASK-Fälle. Unsere Analyse hat ergeben, dass potenziell ambulantisierbare Fälle vor allem in Leistungsgruppen der Grundversor-

gung zu finden sind und dort bis zu 50 % der Fälle ausmachen“, führte er aus.

„Entsprechend muss im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausreform darauf geachtet werden, das ambulante Potenzial zu berücksichtigen und beispielsweise keine stationäre Vorhaltung für ambulant mögliche Leistungen dauerhaft festzuschrei-

ben“, stellte er fest. „Eine Reform der Finanzierung der Krankenhäuser greift zu kurz, wenn sie nicht in ein umfassendes Konzept der Vereinfachung der Finanzströme eingebettet ist, damit die knappen Mittel dort eingesetzt werden, wo sie benötigt werden“, resümierte Prof. Trede.

AWMF/Red.

AWMF-Delegiertenversammlung 2025



Sparen auf Knopfdruck!
Eher unwahrscheinlich.

AOP, IGES und ASK

- **AOP-Katalog:** Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGBV im Krankenhaus
- **IGES:** Verbund von Forschungs- und Beratungsunternehmen in Europa
- **ASK:** ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte (stationäre Krankhausaufenthalte, die durch eine effektive ambulante Versorgung, ein adäquates Krankheitsmanagement oder Immunisierungen hätten verhindert werden können)

Jede zweite Frau mit GDM schon vor der Schwangerschaft übergewichtig

Aktuelle Daten aus dem GestDiab-Register zeigen auch alarmierenden Anstieg der Adipositas

KAARST. Ob bei Gestations-, Typ-1- oder Typ-2-Diabetes: Adipositas legt weiter zu. Die Rate an übergewichtigen Frauen ist vor einer Schwangerschaft mit GDM sogar doppelt so hoch wie bei allen Schwangeren in Deutschland. Das zeigen die aktuellen Ergebnisse aus dem GestDiab-Register, die bei einem Online-Seminar von WinDiab präsentiert wurden. Die Feedbackbögen enthalten neuerdings auch Fragestellungen zum GDM-Risiko von Schwangeren nach bariatrischer Op und zu AID-Systemen.

Die Erkenntnisse aus den GestDiab-Feedbackbögen 2024 mit knapp 4.400 Schwangerschaften interpretierte Dr. HEINKE ADAMCZEWSKI, Diabetologin DDG. Gestationsdiabetes (GDM) ist die häufigste Schwangerschaftskomplikation in Deutschland und tritt bei circa 10 % der schwangeren Frauen auf. Allerdings werde die GDM-Inzidenz aller Entbindungen in Deutschland vermutlich aber mas-

siv unterschätzt, betonte sie. Die am GestDiab-Register teilnehmenden Praxen erhalten jeweils einen Feedbackbogen für GDM sowie für Typ-1- und Typ-2-Diabetes pro Jahr. In Nordrhein wurden 2024 ca. 2.400 Frauen mit GDM nach der 34. Schwangerschaftswoche dokumentiert (3,2 %) versus alle teilnehmenden Praxen (3,4 %).

Von Adipositas seien knapp 40 % der Frauen mit GDM betroffen, und der Anteil der stark Übergewichtigen nehme weiter zu – auch bei Schwangeren mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, warnte sie. Bei allen Diabetestypen sei ein Anstieg der Adipositasrate zwischen 2009 und 2024 (T1D von 10 auf 16 %, T2D von 60 auf 66 %, GDM von 32 auf 40 %) zu verzeichnen.

»Mehr Adipositasfälle auch bei DM Typ 1 und Typ 2«

Das GestDiab-Register – größtes Register zu Diabetes und Schwangerschaft in Deutschland

Das GestDiab-Register ist das größte Register zu Diabetes und Schwangerschaft in Deutschland. Seit 2004 dokumentieren darin die Teams der Studienzentren deutschlandweit Daten aus Diabetes-Schwerpunktpraxen und -ambulanzen. Als fortlaufendes Projekt von winDiab (Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen) bildet das Register den

Versorgungsprozess schwangerer Frauen mit Gestationsdiabetes (GDM), Typ-1- oder Typ-2-Diabetes ab. Mittlerweile sind knapp 70.000 Schwangerschaften dokumentiert.

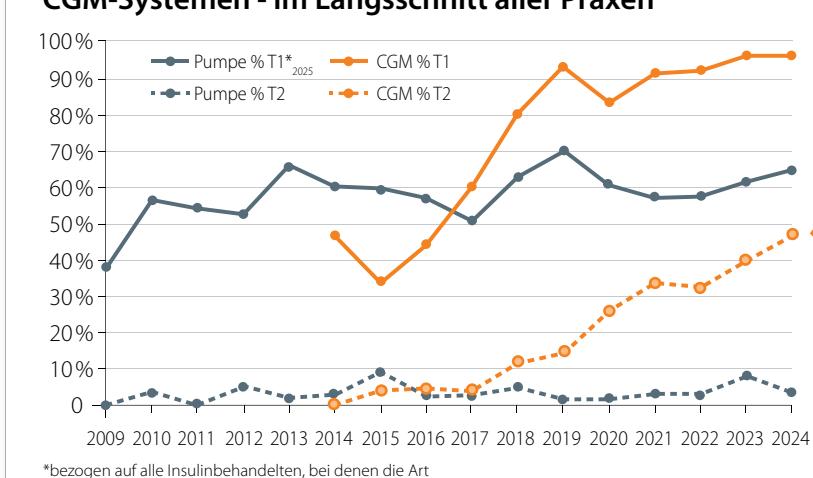
Nächsten Workshop vormerken: Der achte Workshop der AG Diabetes & Schwangerschaft findet am 27. Februar 2026, 17 Uhr, bis 28. Februar 2026, 14 Uhr, im Universitäts-

Bei GDM variiert die Insulinquote je nach Praxis stark und reicht von 12 bis 100 % (cave: kleine Zahlen). Die Längsschnittdaten zu dieser Quo- te bis 2024 zeigen, dass im Laufe der Jahre zwar insgesamt weniger Insulin verordnet wurde (maximal 42 % im Jahr 2013, aktuell 37,4 %), es der- zeit aber wieder einen Anstieg gibt. Die Diagnosestellung ODIP (Overt Diabetes in Pregnancy; manifester Diabetes mit Erstdiagnose in der Schwangerschaft) lag bei 5,3 %. Bei ca. der Hälfte der GDM-Fälle wurde der diagnostische oGTT in der DSP und nicht in der gynäkologischen Praxis durchgeführt – „eine wichtige Zahl für die Verhandlungen mit den Kostenträgern“, so Dr. Adamczewski. Metformin wurde nur selten, bei 3 % der Patientinnen vor und bei 1 % in der Schwangerschaft verabreicht. „Die GDM-Nachsorge von rund 50.000 Frauen in Deutschland pro Jahr ist unsere Aufgabe“, sagte die Diabetologin. Allerdings werde der Termin für das postpartale Diabe- tes-Screening nach einem GDM seit 2008 gleich bleibend lediglich von ca. 40 % vorgenommen, was die Diabetologin als „sehr nachteilig“ einstuft, da dieser Termin „besonders wichtig

klinikum Köln statt. Anmeldung bei: Dr. Heinke Adamczewski, E-Mail: hm.adamczewski@netcologne.de

Noch ein Hinweis: Den neuen Nachsor- gespass für GDM gibt es zum Download unter: www.gestdiab.de

Anteil der Diabetespatientinnen mit Insulinpumpen und CGM-Systemen - im Längsschnitt aller Praxen



Quelle: GestDiab, MT-Grafik

Fast alle Schwangeren mit Typ-1-Diabetes nutzen ein CGM-System, knapp die Hälfte der schwangeren Frauen mit Typ-2-Diabetes inzwischen ebenfalls.

für die Einleitung der langfristigen Nachsorge“ sei. Bei 2,7 % zeigte sich bereits zu diesem frühen Zeitpunkt ein manifester Diabetes. Der Anteil der Neugeborenen, deren Geburtsgewicht im Vergleich zu anderen Kindern im selben Gestationsalter im oberen Zehntel liegt (LGA-Quote) ist mit 15 % etwas erhöht. Die Rate der Neugeborenen über 4 kg Gewicht liegt in der deutschlandweiten Statistik mit 10,28 % ebenso hoch wie bei den Geburten nach GDM in Nordrhein (10,2 %)..

Besonders viele Frühgeborenen bei Typ-1-Diabetes

Bei den 115 in der Gesamtgruppe dokumentierten Patientinnen mit Typ-1-Diabetes lag der Anteil an Frühgeborenen mit 26 % sehr hoch (Typ-2-Diabetes: n = 169; 15 %). Zu-

dem wurde eine deutlich höhere Kaiserhuttrate bei Typ-1- (69 %) und Typ-2-Diabetes (58 %) dokumentiert als in der Perinatalstatistik 2023 (33,76 %). Schwangerschaften von Frauen mit Typ-1-Diabetes ohne CGM gibt es immer weniger, da die Nutzung der Dauerglukosemessung in den letzten zehn Jahren massiv gestiegen und der wissenschaftliche Nachweis der positiven Wirkungen dieser Technologie gelungen sei, erklärte sie. Inzwischen wenden auch fast die Hälfte der Schwangeren mit Typ-2-Diabetes CGM-Systeme an. Neben AID-Systemen bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes wurden in die Datenerhebung bei GDM auch bariatrische Operationen neu aufgenommen, da über deren Prognose noch nicht viel bekannt sei, so die Diabetologin. Angela Monecke

Kostenübernahme bei Adipositas? »Überlegenswert«

Bundestag hat Weitergabe einer Petition an das Gesundheitsministerium beschlossen

BERLIN. Bei Adipositas werden die Kosten für Pens mit GLP1-Rezeptoragonisten („Abnehmspritze“) nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Mit einer Petition an den Deutschen Bundestag fordert nun eine Frau die Kostenübernahme „bei medizinischer Notwendigkeit“.

Der Petitionsausschuss des Bundestages hält eine Übernahme der Kosten für die „Abnehmspritze“ durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bei einer medizinischen Notwendigkeit für überlegenswert. In der Sitzung am 12. November verabschiedeten die Abgeordneten mit breiter Mehrheit die Beschlussempfehlung an den Bundestag, eine dahingehende Pe-

tition dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) „als Material“ zu überweisen.

Adipositas sei eine Krankheit mit enormen Gesundheitsrisiken, schreibt die Petentin in ihrer öffentlichen Petition (ID165851). Sie macht darauf aufmerksam, dass die Kosten einer Magenverkleinerung von den Krankenkassen übernommen würden. Diese Kosten – und die lebenslangen Folgebehandlungen – überstiegen aber nach ihrer Einschätzung die Kosten einer

»Material geht ans BMG«

ebenfalls lebenslangen Anwendung der Abnehmspritze deutlich.

In der Begründung zu seiner Beschlussempfehlung verweist der Petitionsausschuss auf § 34 Absatz 1 Satz 8 SGB V, wonach Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen seien. Zu den „Lifestyle-Arzneimitteln“ gehörten z. B. Appetitzügler, Abmagerungsmittel und Arzneimittel zur Verbesserung des Haarwuchses. Die Konkretisierung des gesetzlichen Verordnungsausschlusses erfolgte durch den G-BA, wird betont. Das BMG verfolgt die Entwicklung, Zulassung und Studiensituation neuer medikamentöser Optionen

zur Prävention wie etwa die GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) aufmerksam, heißt es weiter unter Bezug auf eine Stellungnahme des Ministeriums. GLP1-RA würden vor allem zur Therapie des Typ-2-Diabetes eingesetzt. In Untersuchungen habe sich herausgestellt, dass die GLP1-RA u. a. einen das Übergewicht senkenden Effekt haben.

Petitionsausschuss verfolgt die Entwicklung

Auch der Petitionsausschuss habe die Frage, ob es sich bei der Abnehmspritze um ein „Lifestyle-Arzneimittel“ handelt, im Blick, machten die Abgeordneten deutlich. Aussagekräftige Studiendaten für relevante Patientengruppen zu

langfristigen Auswirkungen auf insbesondere kardiovaskuläre Endpunkte und zur Langzeitsicherheit der Wirkstoffe seien jedoch abzuwarten. Mit Blick auf die positiven gesundheitlichen Auswirkungen der Abnehmspritze empfiehlt der Ausschuss gleichwohl, die Petition dem BMG als Material zu überweisen, „damit sie in entsprechende Überlegungen zur Verbesserung der Situation der Betroffenen einbezogen werden kann“.

Pressemitteilung des Deutschen Bundestags
Die Petition ist im Petitionsportal des Bundestages einzusehen:
petitionen.bundestag.de/petitionen/_2024_04_09/Petition_165851.nc.html

Prävention je nach Lebensphase

DZD-Forschende entdecken spannende neue Möglichkeiten, vorzusorgen

NEUHERBERG. Es soll gar nicht erst zur Diabetesmanifestation kommen – das ist das große Ziel der DZD-Forschenden. Wie könnte dies erreicht werden? Die Ein-Stunden-Plasmaglukosekonzentration beim oGTT zeigt schon eine gestörte Glukosetoleranz an – jetzt kann noch sehr erfolgreich mit Lebensstiländerungen gegengesteuert werden. Beim Intervallfasten kommt es auch darauf an, wann das Essenszeitfenster geöffnet ist. Und beim Typ-1-Diabetes zeigt die PoInT-Studie, dass Kinder, die oral Insulin erhielten, abhängig von der Insulin-Genvariante verzögert klinischen Typ-1-Diabetes entwickelten.



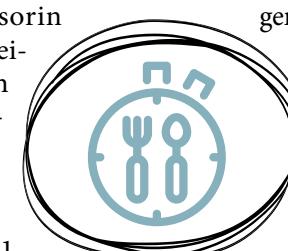
DZD
Deutsches Zentrum
für Diabetesforschung

Neuer Blick auf die innere Uhr

Bislang war beim Intervallfasten unklar, ob es für den Fettstoffwechsel eine Rolle spielt, wann innerhalb des Tagesverlaufs die Nahrungsaufnahme stattfindet. Dies wurde nun in der ChronoFast-Studie, durchgeführt am Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) und am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE), untersucht.

Das Team um Professorin Dr. OLGA RAMICH, Heisenberg-Professorin am DIfE und der Charité, analysierte mit modernster Lipidomik über 300 Lipide und lipidähnliche Moleküle im Blutplasma bei den 31 Teilnehmerinnen. Das Ergebnis:

Nur beim frühen Essen (eTRE) kam es zu signifikanten Veränderungen des Lipidstoffwechsels. Insgesamt nahm die Konzentration von 103 Lipidarten ab. Das galt insbesondere für Ceramide und Phosphatidylcholine – Verbindungen, die bei der Entstehung von Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Rolle spielen. Auch die Aktivität bestimmter Enzyme des Lipid-Stoffwechsels veränderte sich beim



eTRE deutlich. „Wir sehen, dass der Zeitpunkt der Mahlzeiten einen Einfluss auf die Regulation des Fettstoffwechsels hat“, sagt Prof. Ramich. „Frühes Essen – also im Einklang mit den internen zirkadianen Rhythmen – führt zu messbaren Veränderungen im Lipidprofil und der Enzymaktivität, während spätes Essen diesen Effekt nicht zeigt.“

Sie fasst zusammen: „Unsere Analysen zeigen, dass das Fettgewebe auf frühes und spätes Essen unterschiedlich reagiert. So konnten wir einen spezifischen Signalweg identifizieren, dessen Beteiligung an den Essenszeit-Effekten bisher unbekannt war.“

Die Forschenden weisen darauf hin, dass es sich bei ihrer Untersuchung um eine sekundäre Analyse der ChronoFast-Studie handelt. Zwischen frühem und späterem Essen zeigten sich zwar keine großen Unterschiede in klassischen Bluttest-Parametern wie Cholesterin oder Triglyceriden – wohl aber auf molekularer Ebene, was auf ein großes Potenzial von Lipidomik-Analysen hinweist. **DZD**

Szekely K et al. Adv Sci (Weinh) 2025; e07149; doi: 10.1002/advs.202507149

IGF2 reguliert Entwicklung des Fettgewebes

Fettgewebe ist nicht nur ein Energiespeicher – es besteht aus spezialisierten Vorläuferzellen, die sich insbesondere in der frühen postnatalen Entwicklung vermehren und differenzieren.

Forschende des DZD haben nun eine spezifische Population von DPP4-positiven Präadipozyten im subkutanen Fettgewebe von Mäusen identifiziert, die IGF2 exprimieren. Anstatt sich sofort zu reifen Adipozyten zu differenzieren, reagieren diese Zellen auf IGF2-Signale mit Proliferation. Dadurch vergrößern sie den Präadipozytenpool und unterstützen das Wachstum und die Entwicklung des Fettgewebes.

Wird IGF2 in diesen Vorläuferzellen ausgeschaltet, differenzieren sie sich vorzeitig zu reifen Adipozyten. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass IGF2 die Proliferation von Präadipozyten reguliert und die Zellen während der frühen postnatalen Entwicklung in einem proliferativen und undifferenzierten Zustand hält. Eine präzise zeitliche Steuerung der IGF2-Si-



gnalübertragung könnte entscheidend sein, um eine unkontrollierte Ausdehnung des Fettgewebes und damit verbundene metabolische Komplikationen im späteren Leben zu verhindern.

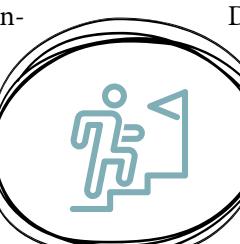
„Diese Studie liefert mechanistische Einblicke in die Entwicklung des Fettgewebes im frühen Lebensalter und unterstreicht die Bedeutung der zeitlichen Regulation für die metabolische Homöostase“, so Studienleiter Dr. SIEGFRIED USSAR von Helmholtz Munich und dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD). „Indem wir aufklären, wie IGF2 die Vermehrung von Fettvorläuferzellen steuert, gewinnen wir ein besseres Verständnis der biologischen Faktoren, die die Anfälligkeit für Adipositas und Stoffwechselstörungen beeinflussen, und können so möglicherweise Strategien zur Förderung einer gesünderen Fettgewebsentwicklung unterstützen.“

Helmholtz Munich

Altun et al Genes Dev 2025 Sep 10; doi: 10.1101/gad.352710.125

Auf dem Weg zur personalisierten Prävention

Seit 2017 untersucht die Studie POInT (Primary Oral Insulin Trial), ob eine orale Insulinbehandlung die Bildung von Inselautoantikörpern bei Kindern mit erhöhtem genetischem Risiko verzögern oder verhindern kann.



Insgesamt hatte die orale Insulingabe keinen Einfluss auf die generelle Entwicklung von Inselautoantikörpern während des Studienzeitraums. Es zeigte sich aber: Kinder, die oral Insulin erhielten, entwickelten im Vergleich zur Placebo-Gruppe verzögert klinischen Typ-1-Diabetes. Besonders interessant war, dass die Wirkung der Behandlung von der jeweiligen Insulin-Genvariante der Kinder abhing. Das Gen, das für das Insulinprotein verantwortlich ist, kommt in verschiedenen Varianten vor. „Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden hatte Varianten, die das Risiko für Typ-1-Diabetes erhöhen“, erklärt Professor Dr. EZIO BONIFACIO, Mitglied der GPPAD-Studiengruppe und Professor am Zentrum für Regene-

rative Therapien der TU Dresden. „Bei diesen Kindern schützte die orale Insulinbehandlung vor der Entwicklung von Diabetes. Im Gegensatz dazu nahm bei Kindern ohne Risikovariante die Zahl der Inselautoantikörper unter der oralen Insulinbehandlung sogar zu.“

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine orale Insulinbehandlung für eine genetisch klar definierte Untergruppe von Kindern von Vorteil sein könnte. „Auch wenn der genaue Mechanismus noch unklar ist, geben die Resultate Anlass zu vorsichtigem Optimismus: Mit der gezielten Auswahl der zu behandelnden Kinder könnte es in Zukunft möglich sein, den Krankheitsverlauf entscheidend zu beeinflussen“, ergänzt Bonifacio. Aufbauend auf den ersten Ergebnissen wird die POInT-Studie mit einer erweiterten Nachbeobachtung fortgesetzt, bis die Teilnehmenden zwölf Jahre alt sind. **DZD**

Ziegler AG et al. Lancet. 2025; S0140-6736(25)01726-X; doi: 10.1016/S0140-6736(25)01726-X

Ein-Stunden-Wert als neuer Marker

Ein Team der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, von Helmholtz Munich und des DZD untersuchte die Ein-Stunden-Plasmaglukosekonzentration (1h-PG) beim oralen Glukosetoleranztest (oGTT) als Risikomarker für Typ-2-Diabetes.



Bei der 1h-PG gilt ein Wert von $\geq 155 \text{ mg/dl}$ beim oGTT als früher Indikator einer gestörten Glukoseregulation. Im Tübinger Lebensstil-Interventionsprogramm (TULIP) wurden 317 Personen mit unterschiedlicher Glukosetoleranz neun Monate lang intensiv betreut. Ziel der Lebensstilintervention war ein Gewichtsverlust von mindestens 5%. Bereits zu Beginn der Studie zeigte sich, dass Personen mit hohem 1h-PG-Wert metabolisch zwischen gesund und krank einzuordnen sind: Insulinsensitivität und Betazellfunktion waren eingeschränkt, Leber- und Bauchfett erhöht, allerdings noch reversibel. Nach neun Monaten Intervention verbesserten sich Insulinsensitivität und Betazellfunktion; es wurde fast das Niveau stoffwechselgesunder Menschen erreicht. Auch der

Leberfettwert normalisierte sich. In der Prädiabetes-Gruppe waren diese Verbesserungen deutlich geringer ausgeprägt. Über einen Zeitraum von bis zu zwölf Jahren zeigte sich: Personen mit erhöhtem 1h-PG erkrankten zu 80% seltener an Typ-2-Diabetes als Menschen mit Prädiabetes. Fast die Hälfte kam sogar wieder in die Normoglykämie – doppelt so viele wie in der Prädiabetes-Gruppe.

Der Ein-Stunden-Wert erwies sich als der sensitivste Marker zur Früherkennung von Glukosetoleranzstörungen.

Er war deutlich aussagekräftiger als der HbA_{1c}-Wert, die Nüchtern- oder die Zweistunden-Glukose. „Der Wert markiert offenbar den optimalen Zeitpunkt, um den Stoffwechsel noch zu normalisieren“, kommentiert Professor Dr. ANDREAS BIRKENFELD, Letztautor der Studie, DZD-Sprecher und u. a. Direktor des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen von Helmholtz Munich an der Universität Tübingen. **DZD**

Wang Y et al. Metabolism 2025; 174:156430; doi: 10.1016/j.metabol.2025.156430

DIABETES KONGRESS 2026

REVOLUTION DER MITTEL – REALITÄT DER MENSCHEN.

13.-16. Mai 2026 · CityCube Berlin



JETZT
FRÜHBUCHERTICKET
SICHERN!

60
DIABETES
KONGRESS
2026 DDG

www.diabeteskongress.de

Zähes Ringen um praxistaugliche Recycling-Maßnahmen

Vom Einweg zur Kreislaufwirtschaft – Wege aus dem Diabetesmüll-Dilemma



MANHEIM. Mindestens 100 Millionen Pens für Insulin und Inkretinimetika werden in Deutschland jedes Jahr verbraucht, meist als Einwegprodukte. Hinzu kommen Sensoren, Katheter, Nadeln, Blutzuckerteststreifen und Verpackungen. Noch landet der Großteil davon im Restmüll. Die AG Diabetes, Umwelt & Klima (DUK) der DDG macht sich daher für Müllvermeidung und Recycling stark. Doch bislang fehlt es an Problembewusstsein ebenso wie an klaren Strategien.

Moderne Hilfsmittel erleichtern das Leben von Menschen mit Diabetes – aber sie erzeugen auch eine erkleckliche Menge Abfall. Wie PD Dr. SEBASTIAN PETRY vom Universitätsklinikum Gießen mit Blick auf eine – mit nur 49 Teilnehmenden aber möglicherweise nicht repräsentative – US-Erhebung berichtete, fallen bei einer intensivierten konventionellen Therapie mit kontinuierlicher Glukose- sowie Blutzuckermessung rund 1,4 Kilogramm Müll pro Monat an.¹ „Das macht rund 2 % des Haushaltsmülls aus.“ Zu beachten ist: Um in dieser Studie das Gewicht des Abfalls zu berechnen, wurden die Gewichtsangaben der Hersteller benutzt, teilweise wurden auch Fotos der teilnehmenden Personen herangezogen. In der Studie wird nicht angegeben, wie viele Teile von welcher Art/Produkt vorkamen.



grund stehen – niemand will die Versorgung einschränken“, so Dr. Petry. Die Verantwortung für den Diabetesmüll sieht er bei Industrie und Politik: „Menschen mit Diabetes haben schon mit Stigmatisierung zu kämpfen. Sie dürfen nicht auch noch das Stigma ‚Umweltsünder‘ tragen.“ Professor Dr. CHRISTIAN UNSÖLD von der TUN Training & Beratung GmbH in Düsseldorf wies darauf hin, dass Recycling nach Vermeidung und Wiederverwendung nur die drittbeste Lösung ist. Allerdings ist der Anteil von wiederverwendbaren Pens in den vergangenen Jahren stetig zurückgegangen: „Mehrwegpens sind sinnvoll, stoßen aber auf praktische Hürden – etwa weil Menschen mit Mobilitätsein-

schränkungen Schwierigkeiten haben, die Ampulle zu tauschen.“

Daher landen hierzulande jährlich schätzungsweise 100 Millionen Pens im Restmüll, ohne dass es flächen-deckende Recyclingprogramme gibt. Freiwillige Lösungen seien in Deutschland schwer umzusetzen. „In Frankreich verpflichtet das System ‚Dastri‘ Hersteller zur Rücknahme medizinischer Abfälle – dort klappt es hervorragend“, berichtete Prof. Unsöld. In Dänemark sammelt die Firma Novo Nordisk mit ihren Projekten ReMed und ReturPen Millionen Insulinpens, deren Kunststoffbestandteile zu Alltagsgegenständen wie Plastikstühlen verarbeitet werden.

Freiwillige Recycling-Lösungen sind schwer umsetzbar

„In Deutschland ist die Lage fragmentierter“, bedauerte Prof. Unsöld. Unterschiedliche regionale Entsorgungswege, gesetzliche Auflagen und fehlende Finanzierung bremsten den Fortschritt. Ein Pfandsystem oder Sammelstellen in Apotheken könnten helfen – „aber jemand muss es bezahlen“.

Die AG DUK hofft für die Zukunft auf PenDE – ein nationales Rück-

DDG ARBEITSGEMEINSCHAFT Diabetes, Umwelt & Klima

Wohin mit dem Diabetes-Abfall? – AG DUK hat Online-Befragung zum Thema gestartet

Die AG Diabetes, Umwelt & Klima (DUK) der DDG führt derzeit eine Online-Befragung durch: Wie entsorgen Menschen mit Diabetes Insulin und Hilfsmittel? Der Hintergrund, so PD Dr. Petry: „Es gibt zunehmend Daten über die Menge und Art der Abfälle, die im Rahmen des Diabetesmanagements entstehen. Über die Einstellung der Menschen mit Diabetes zu diesem Thema und ihr Entsorgungsverhalten ist bisher jedoch wenig bekannt.“ Die Ergebnisse der Umfrage sollen nach Auswertung veröffentlicht werden, u.a. in einem wissenschaftlichen Journal, auf Kongressen der DDG, in Pressemitteilungen und über Formate, die sich an Menschen mit Diabetes richten. Übrigens: Die AG DUK hat das Format „Runder Tisch Nachhaltigkeit“ etabliert. Mithilfe der Kommunikationsplattform zwischen Hilfsmittelherstellern, Interessenverbänden, Diabetesteamen und Menschen mit Diabetes sollen die Bemühungen zu mehr Nachhaltigkeit koordiniert werden.

Umfrage: redcap.link/entsorgung_diabeteshilfsmittel,
mehr zum Thema und zur Umfrage auf diabetes-anker.de



»Bewusstsein für Umweltprobleme«

bewusstsein zu geben, wie DUK-Sprecherin THERESIA SCHOPPE aus Warstein berichtete. Sie stellte vorläufige Ergebnisse einer laufenden Online-Umfrage der DUK vor, an der bis dato 372 Menschen mit Diabetes teilgenommen haben: Ein Großteil macht sich aufgrund seines Diabetesmülls Sorgen um die Umwelt. „Die meisten wünschen sich umweltfreundlichere Materialien und klarere Entsorgungsinformationen – am liebsten direkt auf der Verpackung oder im Benutzerhandbuch“, sagte Schoppe. *Antje Thiel*

Diabetes Herbsttagung 2025
1. Tian T et al. Diabetes Care 2025
Jul 1; 48(7): 1198-1203; doi: 10.2337/dc24-2522

»Alle müssen am selben Strang ziehen«

Pen-Recycler für die heimische Mülltrennung

Für einen völlig anderen Ansatz steht Dr. BRIAN BRANDELL aus Portland/USA. Er präsentierte seinen funktionsfähigen Prototyp für einen Pen-Recycler, der im häuslichen Umfeld eingesetzt werden kann. „Als Biomechaniker bewundere ich, wie gut Insulinpens konstruiert sind – aber sie sind eine Recycling-Katastrophe“, sagte der Ingenieur, der selbst mit Typ-1-Diabetes lebt.

Lange hat er damit herumexperimentiert, seine Einwegpens in ihre Bestandteile zu zerlegen, um sie dann dem Recycling zuzuführen. „Es ist erstaunlich, wie viele Leute versuchen, ihre Pens auseinanderzunehmen und Bilder von diesen Versuchen in den sozialen Medien teilen.“ Weil dabei regelmäßig die Glaspatronen zerbrechen, sei diese Form des Recyclings aber kaum verletzungsfrei möglich.

Menschen wollen recyceln – aber mit nicht zu viel Aufwand.



Foto: CYPERUSS - stock.adobe.com (Generiert mit AI) Julia - stock.adobe.com

Sein im 3D-Drucker gefertigter Prototyp, der etwa so groß wie eine Getränkedose ist und optisch an einen Thermobecher erinnert, verursacht hingegen kein Blutvergießen: Man steckt den leeren Pen ein, schließt das Gerät, und im Inneren trennt ein Drehmechanismus Glas, Metall und Kunststoff voneinander. Bei mehr als 300 getesteten Pens sei keine Kanüle gebrochen.

„Menschen wollen recyceln – sie wollen nur nicht viel Aufwand damit haben“, erklärte Dr. Brandell, der bereits eine kleine Marktanalyse für sein Produkt gestartet hat. Demnach wären 75 % der Befragten bereit, für das Gerät zu bezahlen, knapp die Hälfte sogar bis zu 60 Dollar. Dr. Brandell sieht seinen Pen-Recycler als gute Option, die vorhandenen Recycling-Strukturen für Hausmüll zu nutzen.



Zeit nehmen fürs Abnehmen

Ernährung bei inkretinbasierter Therapie: Worauf sollte geachtet werden?

MANNHEIM. Schlüsselemente der Ernährungstherapie sind für den langfristigen Erfolg einer Inkretintherapie unverzichtbar. Bei geringer Kalorienzufuhr kann die adäquate Protein- und Mikronährstoffzufuhr zum Problem werden.

Inkretinbasierte Medikamente zur Gewichtsreduktion sollten „nur verschrieben werden, wenn sie eingebettet sind in einen Behandlungsplan, der Ernährungs- und Lebensstilberatung vor, während und nach der Gewichtsreduktion enthält“, betont Professorin Dr. DIANA RUBIN vom Berliner Vivantes Zentrum für Ernährungsmedizin und Diabetologie. Aus gutem Grund, denn trotz des erheblichen Potenzials dieser Pharmaka „zur Gewichtsreduktion mit begleitenden gesundheitlichen Benefits gibt es zahlreiche Herausforderungen zu beachten und zu adressieren“. Limitierend wirken sich nicht nur gastrointestinale(GI)-Nebenwirkungen, sondern auch der Muskel- und Knochenmasseverlust bei rascher Gewichtsabnahme aus. Dazu kommen hohe Kosten, hohe Abbruchraten und eine erneute Wiederzunahme beim Absetzen. Prof. Rubin stellte die Ergebnisse einer US-amerikanischen Übersichtsstudie vor, die sich mit Schlüsselkomponenten beschäftigte, die es

bei Inkretintherapien zu beachten gilt.¹ Diese Studie biete eine gute Grundlage für den Umgang mit den Erkrankten. An erster Stelle steht für die Chefärztin der patientenzentrierte Ansatz mit einer individualisierten und partizipativen Entscheidungsfindung. Neben Anthropometrie und ggf. BIA-Messung empfiehlt sie eine „sehr ausführliche Anamnese“ mit dem Einsatz von strukturierten Fragebogen. Gut geeignet dafür sei der vom Bund Deutscher Ernährungsmedizinerinnen und Ernährungsmediziner (BDEM) entwickelte Anamnesebogen zur Erfassung von Adipositas.

Auf Versorgung mit Proteinen und Mikronährstoffen achten

Lagen bereits GI-Symptome vor Beginn der Therapie vor? Die Antwort auf diese Frage spielt für das Management von therapiebedingten GI-Nebenwirkungen eine große Rolle, wobei Ernährungsberatung, aber auch Abwarten, eine Dosisanpassung und eine antiemetische Me-

dikation Abhilfe schaffen können. Prof. Rubin rät ferner zur Durchführung von mehrtägigen Ernährungsprotokollen unter der Inkretintherapie. Manche Betroffene verzehren unter Inkretintherapie weniger als 1.000 kcal/Tag – zu wenig, denn in solchen Fällen müsse einem Protein- und Mikronährstoffmangel entgegengesteuert werden (ggf. mit Supplementen). Empfohlen wird eine pflanzenbasierte Kost mit ausreichend Eiweiß, die überwiegend den allgemeinen Ernährungsempfehlungen entspricht.

Ein Muss: das Erlernen von regelmäßigen Mahlzeiten

„Das unregelmäßige Essen ist häufig ein Mitverursacher der Adipositas“, betonte Prof. Rubin. „Sich Zeit für die Planung von Mahlzeiten zu nehmen“, falle jedoch vielen Betroffenen sehr schwer. Für einen langfristigen Therapieerfolg sollte gerade bei Inkretingabe auf die Einhaltung von regelmäßigen Mahlzeiten geachtet werden, trotz Problemen wie geringem Appetit oder Übelkeit. Um regelmäßiges Essen zu erlernen, sei ein genauer Blick auf den Alltag, das soziale Umfeld und die Ressourcen der Betroffenen erforderlich. Prof. Rubin empfiehlt dazu die Methode des „Motivational Interviewing“. Pauschalempfehlungen

»Empfohlen: sehr ausführliche Anamnese«

Schlüsselemente der Ernährungstherapie unter Inkretintherapie¹

- patientenzentrierter Ansatz: individualisierte und partizipative Entscheidungsfindung
- Ernährungssessment (ausführliche Anamnese, Anthropometrie, ggf. bioelektrische Impedanzanalyse (BIA))
- begleitende Ernährungsberatung (Ernährungsprotokoll z.B. über acht Tage)
- Prävention und Milderung von Ernährungsdefiziten
- Management der gastrointestinalen Nebeneffekte (standardisierte Erfassung bei jedem Termin)
- Erhalt der Muskel- und Knochenmasse (Steigerung der Alltagsaktivität, Ausdauertraining, Krafttraining)
- Maximierung der Gewichtsreduktion
- Förderung weiterer Lebensstilinterventionen (z.B. Stressreduktion, Schlafoptimierung)

Meilenstein trifft auf Zukunftsvision

Patientenveranstaltung zum Weltdiabetestag rückt Diabetestechnik in den Fokus

BERLIN. Zwei wichtige Veranstaltungen, ein großes Event: Die Patientenveranstaltung „Meilensteine der modernen Diabetologie“ wurde erneut mit wissenschaftlichen Vorträgen zum Weltdiabetestag von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe ausgerichtet. Eine vielversprechende Kombination, wie sich zeigte.

Das Schwerpunktthema in diesem Jahr: „40 Jahre erster Insulin-Pen“ mit Blick auf den technischen Fortschritt im Bereich CGM bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

Gesundheits-Check-ups noch mehr nutzen

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, Schirmherrin der Veranstaltung, schickte eine Grußbotschaft, in der sie betonte, wie sehr sie



Prof. Dr. Bernd Kulzer, FIDAM (l.), und Dr. Jens Kröger, diabetesDE, in Berlin.

Foto: DiabetesDE/Deckbar

die Informationsveranstaltung „mit voller Überzeugung“ unterstützte. Damit werde Aufmerksamkeit für Prävention, Früherkennung, aber auch „für ein gutes Leben mit Diabetes“ geschaffen. Die Erkrankung bedürfe vor allem einer zielgerichteten Behandlung. Ein wichtiges Instrument zur Früherkennung sei der regelmäßige Gesundheits-Check-up, den derzeit die Hälfte der gesetzlich Versicherten in vollem Umfang nutze. „Es gilt also, noch mehr Menschen für die Früherkennung zu gewinnen“, erklärte Warken.

Als einen der größten Meilensteine in jüngster Zeit sieht Professor Dr. BERND KULZER, FIDAM, die künstliche Intelligenz, die Menschen mit Diabetes auch für die Auswertung ihrer Gesundheitsdaten nutzen.

Zwar noch in der Forschungsphase,

rums in Heidelberg und anderer europäischer Institutionen entwickelt wurde, so der Psychologe. Es kann das Risiko für über 1.000 Krankheiten gleichzeitig vorhersagen und bis zu 20 Jahre in die Zukunft blicken.

KI wird die Diabetologie immer stärker prägen

KI sei schon jetzt „ein integraler Bestandteil der Diagnostik und Therapie des Diabetes und aus der Forschung wie aus der klinischen Praxis nicht mehr wegzudenken“, betonte er. Man denke nur an AID- und CGM-Systeme, die längst mit KI-gestützten Algorithmen arbeiteten, die immer bessere Vorhersagbarkeit des Glukoseverlaufs oder auch an das neue KI-basierte Retinopathie-Screening, das inzwischen auch Schwerpunktpraxen durchführen. „Es ist davon

»KI nicht mehr wegzudenken«

auszugehen, dass künstliche Intelligenz immer stärker die Diabetologie prägen wird“, so der Experte, der von einem „unumkehrbaren Prozess“ sprach. Insgesamt werde die Zukunft des Gesundheitssystems, vor allem des Diabetes, sehr stark durch KI-Anwendungen bestimmt. „Mit sehr vielen Vorteilen für Menschen mit Diabetes – und natürlich auch mit Risiken“, wie etwa dem möglichen Missbrauch dafür besonders anfälliger sensibler Gesundheitsdaten oder einer unzureichenden Kontrolle aufgrund der Vielzahl von Diabetes-Apps und -Tools.

»Keine pauschalen Empfehlungen«

Outsourcing der Ernährungsberatung

„Ich verstehe, wenn Sie keine Ressourcen haben, bei den Patienten alles abzufragen – aber es gibt Fachkräfte dafür“, empfiehlt Prof. Rubin. Bei einer ambulanten Ernährungstherapie wird in der Regel eine individualisierte Einzelberatung mit fünf Terminen durchgeführt. Diese darf als kostenunterstützte Leistung nur durch Ernährungsfachkräfte erfolgen. Listen mit niedergelassenen Fachkräften sind unter www.vdd.de und www.vdoe.de verfügbar. Für die Teilerstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich.

Bescheinigung z.B. unter dgem.de/formulare



Foto: Ayu – stock.adobe.com



amo



Euglykämische diabetische Ketoazidose

Die euglykämische diabetische Ketoazidose (EDKA) geht mit einer Übersäuerung des Bluts (metabolische Azidose) und mit erhöhten Ketonkörpern in Blut und Urin einher, es entwickelt sich jedoch keine ausgeprägte Hyperglykämie, was sie von der „klassischen“ diabetischen Ketoazidose (DKA) unterscheidet. Der Blutglukosespiegel liegt bei einer EDKA häufig unter 250 mg/dl.

Monitoring statt OP-Verschiebung

SGLT2-Inhibitoren bei Alterstrauma / postoperative Ketone als Schlüsselindikator für EDKA-Risiko

BERLIN. SGLT2-Inhibitoren gehören mittlerweile zum Standard in der Therapie älterer Menschen mit Typ-2-Diabetes – nicht zuletzt aufgrund ihrer kardio- und nephroprotektiven Effekte. Doch im operativen Setting können sie zur Herausforderung werden. Denn in Stresssituationen wie Notfalloperationen steigt das Risiko für eine euglykämische diabetische Ketoazidose (EDKA), die klinisch schwer zu erkennen ist.

Eigentlich ist die euglykämische diabetische Ketoazidose (EDKA) im Zusammenhang mit SGLT2-Inhibitoren (SGLT2i) eine seltene Komplikation. In Orthopädie und Unfallchirurgie stellt sie allerdings keineswegs ein Randphänomen dar, wie der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. LEONARD LISITANO, Universitätsklinikum Augsburg, erklärte. Das liege aber nur zum Teil daran, dass die Zahl der Menschen mit SGLT2i insbesondere im geriatrischen Bereich zugenommen hat. „Viele der begünstigenden Faktoren sehen wir in der Unfallchirurgie täglich“, betonte Dr. Lisitano. Dazu zählten u.a. schwere akute Erkrankungen, Nüchternheit, Immobili-

sation, Infektionen, Dehydratation, Phasen mit erhöhtem Insulinbedarf und Stresssituationen durch Trauma und OP.

Aussetzen in Traumatologie nicht praktikabel

Um das perioperative EDKA-Risiko zu senken, empfehlen die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, die Deutsche

»Häufig bestehen begünstigende Faktoren«

Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, bei elektiven Eingriffen mit hohem Risiko SGLT2i mindestens 72 Stunden präoperativ auszusetzen. Bei niedrigem eingesetztem Risiko wird ein Aussetzen 24 bis 48 Stunden vor der OP empfohlen.¹ Ein solches Regime ist in der Unfallchirurgie bzw. Traumatologie mit ihrer hohen Rate an dringlichen oder Notfalloperationen allerdings kaum praktikabel.

Um das Phänomen perioperativer EDKA im Zusammenhang mit SGLT2i zu beleuchten, wurden am Universitätsklinikum Augsburg retrospektiv die Daten älterer Frakturpatient*innen ausgewertet, die bei Aufnahme SGLT2i einnahmen.² In der Studie kam es bei 30,6 % der Betroffenen postoperativ zu einer EDKA – ein Wert, der deutlich über der sonst in der Literatur beschriebenen Inzidenz (0,1–0,5 % pro Jahr) liegt. Fast die Hälfte dieser Fälle erforderte eine intensivmedizinische Behandlung.

Wie Dr. Lisitano betonte, reduzierten dabei das Absetzen des SGLT2i

»Serielle Messung der Ketonkörper«

und ein Aufschieben der Operation das Risiko nicht. EDKA traten zum Teil sogar bei Patient*innen auf, die letztlich nicht operativ, sondern konservativ behandelt wurden. Zudem waren die Blutketonwerte bei den Patient*innen, die später eine EDKA entwickelten, bereits bei der Aufnahme in die Klinik signifikant erhöht.

Hohe Inzidenz trotz Aussetzen des Medikaments

Aus den Daten folgerte Dr. Lisitano zum einen, dass die EDKA eine klinisch schwer zu erkennende, aber relevante perioperative Komplikation bei Menschen mit SGLT2i-Therapie darstellt. Bei der Aufnahme und präoperativ erhobene Blutketonwerte besaßen einen hohen prädiktiven Wert. Und zu guter Letzt: „Das Aussetzen von SGLT2i 72 Stunden präoperativ oder die

Verzögerung einer notwendigen operativen Versorgung erscheinen in der Alterstraumatologie nicht zielführend.“

Zentral: Stress und gestörter Insulinstoffwechsel

Stattdessen plädierte er für fröhe und serielle Ketonmessungen bei der Aufnahme sowie prä- und postoperativ. Ebenso wichtig sei eine engmaschige metabolische Überwachung auch konservativ behandelner Fälle.

Außerdem empfahl er, die Schwelle für eine vorübergehende Insulintherapie niedrig anzusetzen, um den Glukosestoffwechsel perioperativ zu regulieren. „Denn Stress und ein gestörter Insulinstoffwechsel scheinen hier die zentralen Faktoren zu sein“, meinte der Unfallchirurg.

Antje Thiel

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

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

2. Lisitano L et al. Abstract N°: DKOU25_Abs2133

Mit Spendernieren schonend umgehen

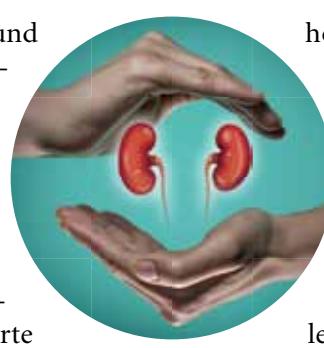
Bei Spendernieren gibt ein neues Verfahren Hoffnung / Zahl der Spenden könnte höher sein

WÜRZBURG. Schaut man auf die Zahlen, zeigt sich bei Organspenden und -transplantationen ein leichter Aufwärtstrend. Eine „fundamentale Wende“ lässt sich aber nicht ablesen.

Von Januar bis Oktober 2025 gab es in den rund 1.100 Entnahmekrankenhäusern 836 postmortale Organspender*innen, im Vergleichszeitraum 2024 waren es 789. Die Summe der in Deutschland entnommenen Organe, die über die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant allokiert und schließlich in Deutschland oder im Ausland transplantiert werden konnten, lag bis Oktober 2025 bei 2.523 (Vorjahreszeitraum: 2.391). Von Januar bis Oktober 2025 konnten 2.738 Orga-

ne aus Deutschland und dem Eurotransplant-Verbund hierzulande transplantiert werden, im Vergleichszeitraum 2024 waren es 2.557.

Dr. AXEL RAHMEL, Medizinischer Vorstand der DSO, erklärte dazu zum Kongressauftakt: „Die leichte Steigerung der Organspende gegenüber dem Vorjahr ist für die Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten erfreulich, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass daraus keine fundamentale Wende bei der Organspende abzuleiten ist.“ Die Zahl der Organspender könnte laut Dr. Rahmel



höher ausfallen, denn: Von den 2.963 gemeldeten potenziellen Organspenden von Januar bis Oktober 2025 konnten 2.127 Fälle nicht realisiert werden. Der häufigste Grund: die fehlende Zustimmung der Angehörigen, noch vor verschiedenen medizinischen Gründen, insbesondere medizinischen

Kontraindikationen. Müssen Angehörige eine Entscheidung treffen, beträgt die Zustimmungsrate unter 25 %. Eine schriftliche Willensbekundung liege nur bei rund 15 % der möglichen Organspenden vor.

Verbesserung der Organspende im klinischen Alltag – Strategien

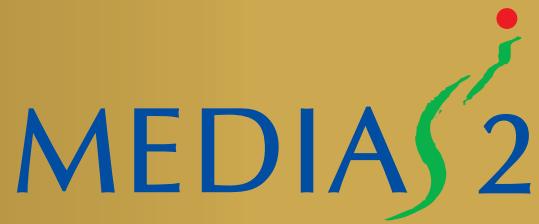
Auch auf Seiten der Krankenhäuser kann einiges getan werden. Unterstützen bei der Organisation und Umsetzung von Organspenden soll z.B. die neue App „DSO-Leitfaden-PLUS“. Eine weitere Neuerung ist die geplante Einführung der Maschinelperfusion für Nieren von Spendern mit erweiterten Spenderkriterien Anfang 2026. Professor Dr. med. FRANK ULRICH MONTGOMERY,

Vorsitzender des DSO-Stiftungsrates, sieht auch die Politik in der Pflicht und äußerte sich zur Krankenhausreform: „Das gegenwärtige Gesetzgebungsverfahren schafft viel Unsicherheit; mit der notwendigen Beteiligung des Bundesrates ist ein Inkrafttreten nicht vor Ende 2026 zu erwarten. Es besteht daher die Gefahr eines ungeregelten Ausscheidens wichtiger Krankenhäuser aus der Versorgung. Das kann auch der Organspende massiv schaden.“

DSO/Red.

21. Jahrestagung der Deutschen Stiftung Organtransplantation

Jahresbericht der DSO:
dso.de/organspende/statistiken-berichte/jahresbericht



Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2



Das zertifizierte Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes und einer intensivierten Insulintherapie (ICT)



Jetzt Schulungsmaterialien ganz einfach auf www.diabetes-schulungs-lounge.de bestellen.

- Patientenbuch „Typ-2-Diabetes: Insulin nach Bedarf“ 10er-Pack**
mit Bausteintabelle, Selbstkontrollheft, KE/BE-Poster und Arbeitsblättern
99,00 € | ISBN 978-3-87409-504-4
- Ernährungsspiel „Guten Appetit!“**
für BASIS, BOT + SIT + CT, ICT
159,00 € | ISBN 978-3-87409-587-7
- Bausteintabelle „Essen nach Maß“**
für BASIS, BOT + SIT + CT, ICT
3,00 € | ISBN 978-3-87409-768-0
- Selbstkontrollheft „Typ-2-Diabetes selbst kontrollieren – ICT“**
3,00 € | ISBN 978-3-87409-505-1
- KE/BE-Poster „Das ist eine KE/BE“**
für BOT+SIT+CT, ICT
3,00 € | ISBN 978-3-87409-686-7
- Insulinschablonenset „Meine Insulintherapie verstehen“**
Set für 1 Patienten inkl. Arbeitsblättern und Anleitung
14,90 € | ISBN 978-3-87409-502-0

Oder direkt ankreuzen und **Fax schicken an 0711 / 66 72-19 74.**

SVK GmbH, 70049 Stuttgart, E-Mail: medtrix@svk.de

Name

Straße / Nummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

Datum / Unterschrift

→ Exklusiv online bestellen und **direkt herunterladen:**

Anwenderbox

Digital: Schulungsfolien, Schulungsmanual, Patientenbuch (Ansicht)
Gedruckt: Schulungsmanual, Insulinschablonenset, Patientenbuch mit Arbeitsblättern, Bausteintabelle, Selbstkontrollheft, KE/BE-Poster

349,00 € | KI 43988

Preisänderungen vorbehalten.



Zweites Leben mit Nebenwirkung

Diabetes nach Transplantation: Balanceakt zwischen Transplantatschutz und Stoffwechselstabilität



Foto: vmaghiyev - stock.adobe.com (generiert mit AI)

HANNOVER/BAD HEILBRUNN. Nach einer Organtransplantation entwickelt etwa ein Drittel der Patient*innen eine gestörte Glukosetoleranz oder sogar einen manifesten Diabetes. Die Ursachen liegen in einer komplexen Wechselwirkung aus Stoffwechsel, Immunsuppression und individueller Prädisposition. Für die Betroffenen bedeutet die Diagnose oft einen zusätzlichen Einschnitt – und zwar sowohl in medizinischer wie auch in psychischer Hinsicht.

Als ALEXANDER KALES im Oktober 2014 eine neue Lunge erhielt, war das der Beginn eines zweiten Lebens. „Ich war vorher infolge meiner Mukoviszidose so schwach, dass ich mir kaum noch die Zähne putzen konnte. Morgens wusste ich nicht, ob ich den Abend noch erleben werde“, erinnert sich der heute 41-Jährige aus Hannover. Der Eingriff verlief gut – doch noch im Krankenhaus, drei Wochen nach der Operation, erhielt er eine neue Diagnose: Diabetes. „Eine Schwester kam mit einer Nierenschale ins Zimmer, in der ein Insulinpen lag, ohne große Erklärung.“ Tatsächlich tritt bei rund 10 bis 40 % der Transplantierten ein Posttransplantationsdiabetes mellitus (PTDM) auf. Das Risiko ist besonders hoch bei älteren, übergewichtigen oder bereits vorbelasteten Patient*innen – und es steigt mit der Intensität der Immunsuppression. Kortison, Calcineurin-Inhibitoren und mTOR-Blocker beeinflussen sowohl die Insulinsekretion als auch die Insulinempfindlichkeit, sodass der Glukosestoffwechsel bei vielen Patient*innen unmittelbar nach der Operation entgleist.

Hohe Diabetes-Dunkelziffer vor Transplantation

„Direkt postoperativ haben sogar etwa 70 % der Transplantierten erhöhte Zuckerwerte“, sagt Dr. MARC ALBERSMEYER von der m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn.¹ Einen verbindlichen Biomarker, der früh erkennen ließe, bei wem der Zucker entgleist, gibt es bislang nicht.

»Direkt postoperativ haben etwa 70 % der Transplantierten erhöhte Zuckerwerte«

Und auch die PTDM-Inzidenzzahlen sind durchaus mit Vorsicht zu genießen, denn viele Patient*innen haben bereits vor der Transplantation eine unentdeckte diabetische Stoffwechselallergie. „Eine norwegische Studie an Wartelistenpatienten hat gezeigt, dass 8 % einen bislang unbekannten Diabetes und 37 % einen Prädiabetes hatten“, berichtet Dr. Albersmeyer.²

Dennoch findet selbst nach einer Organtransplantation nicht flächendeckend ein Diabetes-Screening statt: „Nach einer Transplantation passieren sehr viele komplexe Dinge gleichzeitig. Hauptaufgabe der Zentren ist es zu überwachen, dass das Spenderorgan nicht abgestoßen wird, gut durchblutet und versorgt ist.“ Alles andere erscheint schnell als „Nebenschauplatz“ – vor allem, wenn die Transplantationszentren mit knappen Ressourcen haushalten müssen.

Diabetes kann das Transplantat gefährden

Dabei ist ein frühzeitiges Screening entscheidend, wie Dr. Albersmeyer betont: „Diabetes ist nicht nur ein Stoffwechselproblem, sondern gefährdet auch das Transplantat.“ Studien weisen auf ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen und möglicherweise auch für Transplantatverlust hin. Eine strukturierte Rehabilitation, wie sie in der Fachklinik Bad Heilbrunn und einer Handvoll weiterer Rehabilitationskliniken in Deutschland angeboten wird, trägt dazu bei, diese Risiken zu senken.

Goldstandard zur Diagnose eines PTDM ist der orale Glukosetoleranztest (oGTT). Die Nüchtern-glukose hingegen ist häufig wenig aussagekräftig, da bei einem Großteil der Patient*innen der Blutzuckerwert erst im Laufe des Tages steigt. Der HbA_{1c}-Wert wiederum ist – zumindest bei Menschen nach Nierentransplantation – durch die vorangegangene Dialyse häufig verfälscht.

Eine internationale Konsensusgruppe empfiehlt, den oGTT frühestens 45 Tage nach der Transplantation durchzuführen, weil bis dann oft noch hoch dosiert Kortison gegeben wird, das den Blutzuckerspiegel in die Höhe schnellen lässt.³

Frühe Insulintherapie schützt die Inselzellen

In dieser akuten Phase nach der Transplantation sollten hohe Glukosewerte vorrangig mit Insulin gesenkt werden, um die Inselzellen zu entlasten. „Ich bin sehr großzügig mit einer frühen Insulingabe, damit die Betroffenen eine Chance haben, sich eine gewisse Pankreasreserve zu erhalten“, erklärt Dr. Albersmeyer. Dieses Vorgehen wird auch durch randomisierte Studien gestützt, die eine geringere PTDM-Inzidenz bei früher Insulingabe zeigen.⁴ Manifestiert sich ein PTDM erst im späteren Verlauf nach Transplantati-

on, lässt er sich in der Regel klinisch kaum von einem Typ-2-Diabetes unterscheiden. „Dann sollte er auch wie ein Typ-2-Diabetes behandelt werden“, sagt der Nephrologe und Diabetologe. Entsprechend gilt auch beim PTDM ein gesunder Lebensstil mit ausreichender körperlicher Aktivität als Basis der Diabetestherapie. Medikamentös kommen zumeist orale Antidiabetika zum Einsatz: Hierbei gelten DPP4-Inhibitoren aufgrund ihrer guten Verträglichkeit als Standardantidiabetikum nach Transplantation. Doch auch die Gabe von Metformin ist bei ausreichender Nierenfunktion möglich. Neuere Substanzen wie GLP1-Rezeptoragonisten und SGLT2-Hemmer werden ebenfalls zunehmend eingesetzt – mit ähnlichen positiven Effekten wie beim Typ-2-Diabetes und ohne erhöhte Komplikationsraten.

Organerhalt hat immer oberste Priorität

„Natürlich hat bei allen Entscheidungen der Organerhalt oberste Priorität“, betont Dr. Albersmeyer. Anpassungen der Immunsuppression allein zur Senkung des Diabetesrisikos seien nur äußerst selten vertretbar, federführend sei grundsätzlich immer das zuständige Transplantationszentrum.

Für Alexander Kales war die Diabetesdiagnose kein Schock. „Man ist als Transplantationspatient sehr leiderprobt. Aufgrund der Immunsuppression sind Folgeerkrankungen ein Stück weit Normalität. Da ist die Diagnose Diabetes nichts, das einen völlig umhaut.“ Trotzdem ist sein Alltag anspruchsvoll: „Der Zucker hängt stark vom Kortisonspiegel ab – das macht die Einstellung schwierig.“ Mit einem CGM-System konnte er seine Werte stabilisieren und seine Lebensqualität verbessern. Aus Gesprächen mit anderen Organtransplantierten weiß Kales aber auch, dass die Diabetesdiagnose vielen großen Sorgen bereitet – vor allem, weil sie oft nur als „Nebenbefund zwischen Tür und Angel“ mitgeteilt wird. Dr. Albersmeyer bestätigt das: „Viele sind verunsichert und überfordert, weil sie ohnehin noch viele Fragen haben – etwa, was

Organtransplantation in Deutschland

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) mit Hauptsitz in Frankfurt am Main ist eine gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist die nach dem Transplantationsgesetz beauftragte Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende in Deutschland. Sie organisiert alle Schritte des Organspendeablaufs von der Mitteilung eines möglichen Spenders im Krankenhaus bis zur Übergabe der Organe an die Transplantationszentren. Aktuelles über die Organtransplantation erfahren Sie auf Seite 14.

»Behandlung wie Typ-2-Diabetes«

sie nach der Transplantation essen dürfen, um die Keimlast möglichst gering zu halten.“ Wie gut Menschen die zusätzliche Diagnose annehmen, habe viel mit der patienteneigenen Geschichte und Resilienzfaktoren zu tun, aber auch mit der Qualität der Nachbetreuung.

Versorgung am besten aus einem Guss

Bei Nierentransplantierten wird die Versorgung meist von nephrologischen Praxen übernommen, von denen viele mittlerweile Diabetolog*innen beschäftigen. „Da laufen Nachbetreuung und Diabetestherapie im Alltag relativ nahtlos“, berichtet Dr. Albersmeyer. Andere müssen sich nach der Reha eine Diabetespraxis suchen und haben damit eine weitere Anlaufstelle mit regelmäßigen Kontrollterminen zu managen. „Meiner Erfahrung nach läuft es umso besser, wenn die Behandlung aus einem Guss ist, mit kurzen Wegen und Absprachen.“ Auch Kales wünscht sich mehr interdisziplinäres Denken im Medizintrieb. „Vor allem die Unikliniken sind stark in ihre Spezialdisziplinen unterteilt. In den Transplantationszentren ist man bemüht, die Rundumsicht auf den Patienten zu haben. Aber natürlich liegt der Fokus auf dem Transplantat.“ *Antje Thiel*

1. Albersmeyer M et al. Nephrologe 2020; 15: 259-267; doi: 10.1007/s11560-020-00436-4

2. Bergrem AH et al. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 4: 616-622; doi: 10.2215/CJN.07501009

3. Sharif A et al. Nephrol Dial Transplant 2024; 39: 531-549; doi: 10.1093/ndt/gfad258

4. Hecking M et al. J Am Soc Nephrol 2012; 4: 739-749; doi: 10.1681/ASN.2011080835

Deutsche Transplantationsgesellschaft, mit Listen der Transplantationszentren und Selbsthilfegruppen:
d-t-g-online.de

Organspendeausweis und Register:
organspende-info.de

»Adipositas-Therapie kommt zu spät«

Professor Dr. Thomas Forst gibt Denkanstöße für Prävention und Behandlung – und blickt in die Zukunft

MANNHEIM. Inkretine reduzieren das Körpergewicht effektiv. Warum würde Prof. Dr. Thomas Forst einen anderen, viel früheren Ansatz bevorzugen? Und woran wird gerade geforscht?

Wer über Adipositas spricht, landet schnell beim Body-Mass-Index. Ist der BMI noch zeitgemäß?

Prof. Forst: Der BMI ist ein Kompromiss. Das Körpergewicht wird in ein Verhältnis zur Körpergröße gesetzt. Das macht schon einen gewissen Sinn. Was der BMI uns aber verschweigt, ist die Fettverteilung – ein ganz entscheidender Punkt, wenn wir über die Krankheitsbedeutung einer Adipositas reden. Es ist nicht das Fettgewebe, das uns krank macht, sondern vor allen Dingen das Fettgewebe, das sich an Orten befindet, wo wir eigentlich keines haben sollten, z.B. in der Leber oder auch in Myokard und Epikard, im Pankreas. Auch die Muskeln können verfetten. Genau dieses Fett verursacht metabolische oder auch inflammatorische Komplikationen. Die Fettverteilung kann man mit oft sehr aufwendigen Methoden messen, aber es gibt einfache Methoden, z.B. das Messen des Bauchumfangs oder das Verhältnis zwischen Bauchumfang und Körpergröße zu berechnen.

Beim DMP Adipositas – in das noch niemand eingeschrieben werden kann – ist der BMI das zentrale Zugangskriterium ...

Prof. Forst: Das stimmt. Ich sehe das DMP in seiner jetzigen Form deshalb auch eher als Anfang. Wir haben damit erreicht, dass die Adipositas überhaupt als Erkrankung anerkannt wird. Das DMP ist in meinen Augen ein allererster Schritt in die richtige Richtung. Wir diskutieren ja auch in wissenschaftlichen Kreisen im Moment noch, was die beste Definition für Adipositas wäre.

Wie sind die Bestandteile der Adipositastherapie einzurunden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit?

Prof. Forst: Die Verhaltens- oder Lebensstilmodifikation ist seit Jahrzehnten und immer noch die Basis für die Therapie des Übergewichts und der Adipositas. Nur wissen wir, dass sie nicht besonders erfolgreich ist, und gerade in Langzeitstudien stellt sich immer mehr heraus, dass rein durch Veränderung des Lebensstils bestenfalls 15 % der Betroffenen über längere Zeiträume –

da sprechen wir von drei bis fünf Jahren – ihr Körpergewicht positiv beeinflussen können. Das ist eher frustrierend. Auch die medikamentöse Therapie war bisher eher enttäuschend. Die einzige über längere Zeitdauer sehr wirksame Waffe war bis jetzt die metabolische oder bariatrische Chirurgie. Durch eine Operation zeigt sich nicht nur eine kosmetische Veränderung, sondern auch eine Verbesserung bei vielen metabolischen Erkrankungen. Mittlerweile gibt es die Inkretine, die zunächst nur bei Typ-2-Diabetes eingesetzt wurden. Dann haben wir gelernt, dass sie auch einen positiven Effekt aufs Körpergewicht haben. Wir haben also mehrere Ansätze. Dennoch spielen die Lebensstilmodifikation, die Diätberatung und die physikalische Aktivierung der Menschen mit Adipositas nach wie vor eine ganz wichtige Rolle, gerade in Kombination mit den Inkretinen.

Wird der multimodale Ansatz schon umgesetzt?

Prof. Forst: Nein, dies wird weder umgesetzt noch ist es im Moment wirklich gewünscht. Dabei wäre es sehr sinnvoll, denn Adipositas ist ein Kontinuum, das mit viszeralem und ektopem Fettgewebe startet und über das metabolische Syndrom zum Typ-2-Diabetes führt. Wir behandeln mit den Inkretinen häufig erst dann, wenn ein adipöser Mensch schon Typ-2-Diabetes hat.



PROFESSOR
DR. THOMAS FORST

Der Internist und Endokrinologe ist der Vorsitzende der AG Diabetes & Herz. Außerdem ist er Chief Medical Officer beim klinischen Forschungsinstitut Clinical Research Services Management GmbH und lehrt an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Seine Forschungsschwerpunkte sind Adipositas, metabolisches Syndrom, Fettlebererkrankung, Diabetes und kardiovaskuläre Komplikationen.

davon sind nicht besser als die, die wir schon haben. Aber ein paar sind sehr, sehr vielversprechend, weil sie besondere Effekte haben und zum Beispiel die Leber sehr stark entfetten können.

Was man auch sagen muss: Wir haben schon wunderbare Substanzen zur Gewichtsreduktion. Allerdings verlieren die Menschen nicht nur Fettgewebe, sondern auch Muskelmasse, wenn auch in geringerem Ausmaß. Darüber wird viel diskutiert: Ist das etwas, das wir gar nicht wollen? Ich weiß es nicht, denn das Verhältnis Fettgewebsmasse zu Muskelmasse wird ja mit jedem dieser Medikamente besser. Dennoch gibt es im Moment Forschungsansätze für Substanzen, die bewirken, dass das Fettgewebe weniger und die Muskelmasse sogar mehr wird. In der frühen klinischen Forschung gibt es derzeit ganz, ganz viele spannende Entwicklungen. Und ich glaube, wir werden in den nächsten Jahren noch sehr viel Spannendes erleben, was vielleicht auch dazu führt, dass wir das ganze Krankheitsbild noch differenzierter betrachten und dann auch viel differenzierter mit verschiedenen Substanzen behandeln können.

Wie können Medikamente und Lebensstil zusammenwirken?

Prof. Forst: Den Rezeptblock zücken und die Spritze oder vielleicht demnächst Tabletten aufschreiben und sagen: Jetzt wird alles gut – das ist der falsche Ansatz. Lebensstilmaßnahmen gehören dazu, eben weil auch Muskelgewebe abgebaut wird. Dem kann man durch Kraftsport entgegenwirken in Verbindung mit einer Diät, die zum Ziel hat, genug Proteine zu sich zu nehmen – unter einer Inkretintherapie werden mindestens 1,2 Gramm Eiweiß täglich pro Kilogramm Körpergewicht empfohlen. Das muss man den Menschen beibringen! Und es gibt noch einen ganz großen Fehler, vor dem ich warnen möchte: Wir wissen, dass die Inkretine die Adipositas ganz gut zurückdrängen, sie aber nicht heilen können. 80 % der Menschen, die mit der medikamentösen Therapie auf-

»Sehr viel ist in der Entwicklung«

hören, werden wieder Gewicht zunehmen. Das Schlimme ist, wenn sie nach dem Absetzen der Medikation wieder zunehmen, nehmen sie überwiegend Fettgewebe zu. Irgendwann landet man wieder beim Ursprungsgewicht, aber mit weniger Muskelmasse. Und wenn das ein paar Mal passiert, kommt es irgendwann zu einer sarkopenischen Adipositas. Wir haben mit den Inkretinen fantastische neue Möglichkeiten, die noch weiter ausgebaut werden. Aber sie sind im Gesamtbild der Maßnahmen zu betrachten.

Welchen großen Adipositas-Mythos gibt es?

Prof. Forst: Der schlimmste Mythos ist, dass dicke Menschen einfach weniger essen und sich mehr bewegen sollen. Wir müssen akzeptieren: Adipositas ist eine Erkrankung wie viele andere auch. Es ist eine Erkrankung, die sehr bösartig ist, die hochkomplex ist und bei vielen Menschen andere schlimme Erkrankungen nach sich zieht. Adipositas bedarf einer medizinischen Behandlung. Das hat nichts mit Kosmetik zu tun und auch nichts damit, dass übergewichtigen Menschen der Wille fehlt. Menschen mit Adipositas wird einfach zutiefst unrecht getan.

Wie könnte bei Adipositas schon früh gegengesteuert werden?

Prof. Forst: Wir in Deutschland tun uns da sehr schwer. In England gibt es die Zuckersteuer, die von der DDG schon seit Jahren gefordert wird. Viele präventive Maßnahmen könnte man politisch durchaus aggressiver angehen, um das Dickerwerden von jüngeren Menschen zu verhindern. Wir vergeben so eine Riesenchance. Die Adipositas ist in Deutschland weiter auf dem Vormarsch und die adipösen Menschen werden immer jünger. *Günter Nuber (Interview), Nicole Finkenauer (Interview und Zusammenfassung)*

nachgefragt

»Wir müssen beim Lebensstil ansetzen«

Gibt es einen idealen Zeitpunkt, mit Medikamenten zu beginnen?

Prof. Forst: Es ist doch so: Wenn wir mit Medikamenten einschreiten, ist es schon zu spät. Wir sollten durch eine vernünftige Lebensstilgestaltung verhindern, dass aus noch schlanken Kindern übergewichtige Kinder werden. In meinen Augen ist der erste Schritt gar kein medikamentöser, sondern wir müssen beim Lebensstil ansetzen, bevor Adipositas entsteht. Ist sie erst einmal da, ist der Weg zurück ohne Medikamente fast verbaut. Wir könnten präventiv vorgehen und würden dann viel weniger über Inkretine reden müssen.

Lassen sich schon neue Medikamente am Horizont erkennen?

Prof. Forst: Wir werden weitere duale Agonisten sehen, die auch Glukagonrezeptoren aktivieren, die Amylinrezeptoren aktivieren. Es sind sehr viele Medikamente in der Entwicklung. Ich denke, einige

Neugierig auf mehr?

Dann hören Sie sich die Folge mit Prof. Dr. Thomas Forst in voller Länge an und erfahren Sie mehr über den Schutz von Leber, Niere und Herz durch Inkretine und den „Heart Attack Grill“. Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf diabetologie-online.de, medical-tribune.de und den gängigen Podcast-Plattformen.



Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert*innen



Für den Diabetologie-Durchblick

der Podcast für Expert:innen



NEUE
FOLGEN!

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

Jetzt reinhören & abonnieren:



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

MedTrix^{Group}
we care for media solutions

»CGM-Werte erzählen nicht die ganze Geschichte«

Subjektives Empfinden bestimmt Wohlbefinden mindestens ebenso sehr

BERLIN. CGM-Daten gelten als objektive Messgröße im Diabetesmanagement. Doch die subjektive Interpretation bzw. Wahrnehmung der Glukose kann losgelöst von den tatsächlichen CGM-Daten sein. Sie wirkt sich ebenfalls auf das Erleben klinischer Symptome aus – und auf das Ausmaß an diabetesbezogener Belastung.

Menschen mit Diabetes denken pro Tag im Schnitt 77 Minuten lang an ihren Diabetes, ihre Stoffwechselkrankung ist also alle etwa 12 Minuten in irgendeiner Form Thema für sie. Das hat eine Studie des Online-Befragungsportals Dialink ergeben.¹ Diese permanente Präsenz der Erkrankung kann zu Diabetes-Disstress führen, erklärte Privatdozent Dr. DOMINIC EHRMANN vom FIDAM Forschungszentrum Diabetes-Akademie Bad Mergentheim. „Etwa ein Drittel aller Menschen mit Diabetes berichten über Diabetes-Disstress – und das ist durchaus ein klinisches Problem, weil Diabetes-Disstress ein Risikofaktor für schlechtere Lebensqualität, Depression und suboptimale glykämische Kontrolle ist.“

Sorgen wegen Schwankungen auf Spitzenplatz

Dr. Ehrmann plädierte daher dafür, auch objektivierbare Glukosederaten aus der psychosozialen Perspektive zu betrachten: „Natürlich ist Diabetestechologie ein wahnsinnig tolles Tool, um die Diabetesbelastung zu reduzieren. Gleichzeitig führt sie aber auch zu neuen Belastungen.“ Etwa weil man Glukoseschwankungen mitbekommt, die mit punktuellen Blutzuckermessungen gar nicht sichtbar gewesen wären.

„Schwankungen als Quelle der Belastung“

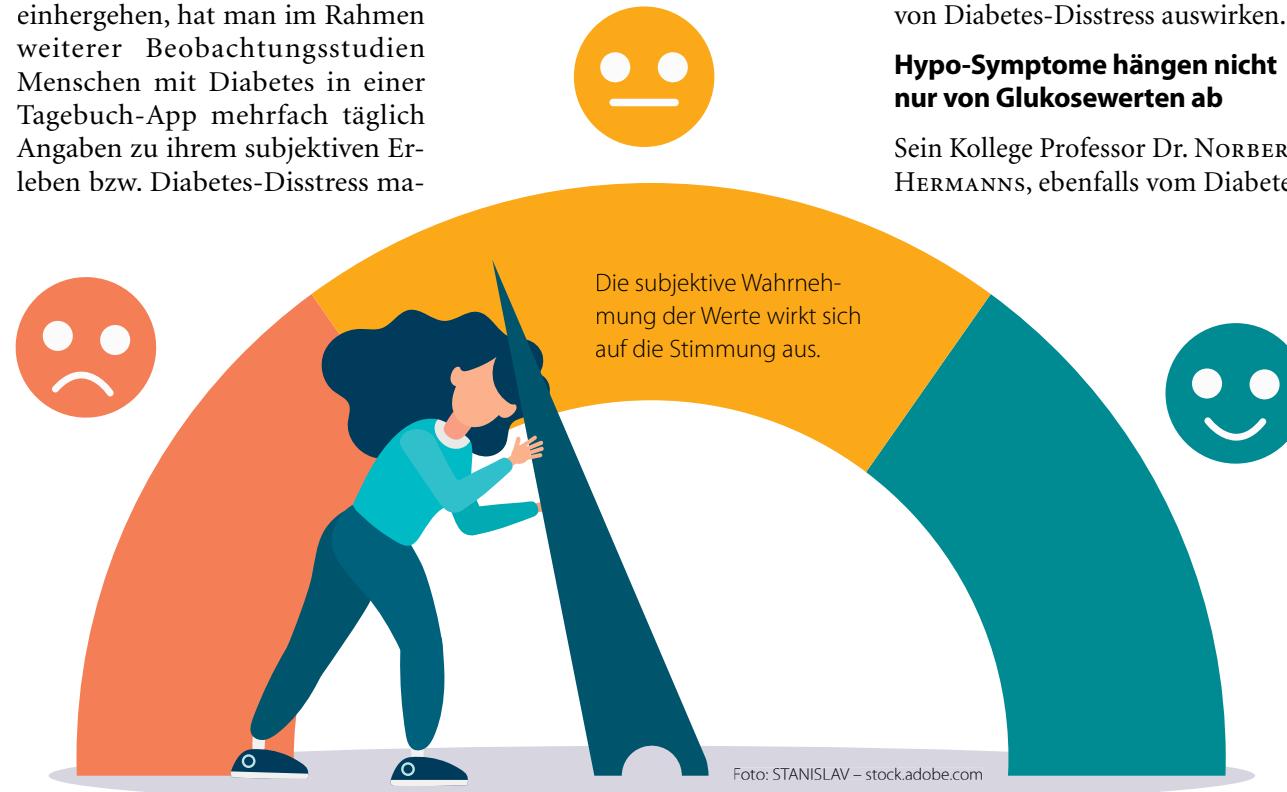
Tatsächlich belegen Sorgen wegen Glukoseschwankungen mit über 20% einen Spitzenplatz unter den vielen Belastungsquellen von Menschen mit Diabetes – gleich nach den im Tagesverlauf erforderlichen Therapieentscheidungen, die rund 40% der Überlegungen ausmachen. „Erst viel später kommen Hypoglykämien oder die Angst vor Folgeerkrankungen, von denen wir immer dachten, dass sie die Hauptbelastungsquelle darstellen“, erklärte Dr. Ehrmann. Auffällig sei, dass oft sogar diejenigen sich weniger Glukoseschwankungen wünschen, deren Ambulantes Glukose-Profil (AGP) eine völlig unbedenkliche Glukosevariabilität aufweist.

Um besser vorhersehen zu können, welche Aspekte der Diabetestherapie bei welchen Menschen mit Stress einhergehen, hat man im Rahmen weiterer Beobachtungsstudien Menschen mit Diabetes in einer Tagebuch-App mehrfach täglich Angaben zu ihrem subjektiven Erleben bzw. Diabetes-Disstress ma-

chen lassen – Ecological Momentary Assessment (EMA) – und diese Daten dann zu den parallel dazu erhobenen CGM-Daten in Relation gesetzt.^{2,3} „Die Paarung von CGM und EMA ist sehr spannend, denn sie zeigt uns die subjektive Glukoseempfindung“, sagte Dr. Ehrmann. Bei manchen der Teilnehmenden schwankte die Glukose, die Stimmung blieb aber stabil. Bei anderen hingegen wies die Stimmungskurve ähnliche Ausschläge auf wie der Glukoseverlauf.

Subjektive Interpretation entscheidend

Personalisierte Stressprognosen, so Dr. Ehrmann, könnten dabei helfen, Menschen mit Diabetes gezielter zu unterstützen. Wenn der Diabetes-Disstress durch eine messbar ungünstige Stoffwechsellage getrieben wird, seien Therapieanpassungen sinnvoll. „Wenn er hingegen eher von subjektiven Erwartungen und Interpretationen herrührt, sollte man in Schulungen an dieser Reflexion arbeiten“, meinte der Psychologe. Diese Sichtweise wird durch Ergebnisse



Guter Schlaf senkt Risiko für Depression und Disstress

Auch die Schlafqualität wirkt sich auf das subjektive Empfinden aus. So beeinträchtigen nächtliche Glukoseschwankungen, sowohl in der hyper- als auch hypoglykämischen Bandbreite, nachweislich den Schlaf. Gleichzeitig ist eine bessere subjektive Schlafqualität ein signifikanter Prädiktor für gute Stimmung und psychisches Wohlbefinden am Folgetag: „Mit jedem Punkt, um den die Schlafqualität ansteigt, sehen wir eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür, dass keine Depression und Disstress auftreten“, betonte Prof. Hermanns. Insgesamt wird deutlich: Die Berücksichtigung individueller – auch subjektiv empfundener – Symptomprofile eröffnet neue, differenziertere Einblicke in das Erleben von Diabetes. Sie kann helfen, Therapieentscheidungen stärker am tatsächlichen Belastungserleben der Betroffenen auszurichten – jenseits von Parametern wie HbA_{1c}, Zeit im Zielbereich oder Glukosevariabilität.

aus der HypoRESOLVE-Studie untermauert: Dort zeigte sich, dass von den Betroffenen berichtete Hypoglykämien einen deutlich stärkeren Einfluss auf Stimmung, Energilevel und kognitive Leistungsfähigkeit haben als Hypoglykämien, die nur im CGM detektiert wurden.⁴ Dr. Ehrmanns Fazit: „CGM-Werte erzählen nicht die ganze Geschichte, stattdessen sollte der Mensch im Mittelpunkt stehen.“ Dessen subjektive Interpretation bzw. Wahrnehmung der Glukosewerte könne nämlich losgelöst von messbaren CGM-Werten sein und sich auf die Entwicklung von Diabetes-Disstress auswirken.

Hypo-Symptome hängen nicht nur von Glukosewerten ab

Sein Kollege Professor Dr. NORBERT HERMANNS, ebenfalls vom Diabetes

Zentrum Mergentheim, präsentierte Daten aus einer aktuellen Studie, in der auf der Basis von EMA- und CGM-Daten von knapp 400 Teilnehmenden Subgruppen mit bestimmten Symptomprofilen gebildet worden waren.⁵ Zu den abgefragten Symptomen zählten zum Beispiel Konzentrationsprobleme, Durst, Harndrang, Heißhunger, Zittern oder Übelkeit. Das Ziel der Studie war es, individuelle Muster und Cluster zu ermitteln. „Wir konnten zeigen, dass Symptome nicht nur von Glukosewerten, sondern auch von Faktoren wie Alter, Diabetestyp, Geschlecht, BMI, Komorbiditäten oder psychischer Verfassung abhängen“, erklärte Prof. Hermanns.

Als ein zentraler Verstärker habe sich Depressivität herausgestellt: „Sie beeinflusst nahezu alle Symptome signifikant. Menschen mit erhöhter Depressivität nehmen fast alle Beschwerden intensiver wahr“, so Prof. Hermanns.

Antje Thiel

Diabetes Kongress 2025

1. Priesterroth LS et al. J Diabetes Sci Technol 2025 May; 19(3): 830-835; doi: 10.1177/19322968231214271

2. Ehrmann D et al. Diabetologia 2024 Nov; 67(11): 2433-2445; doi: 10.1007/s00125-024-06239-9

3. Ehrmann D et al. Diabetes Care 7 July 2022; 45(7): 1522-1531; doi: 10.2337/dc21-2339

4. Carlton J et al Diabetologia 2024; 67: 1536-1551; doi: 10.1007/s00125-024-06182-9

5. Hermanns, N et al. Diabetes Obes Metab 2025; 27(1): 61-70; doi: 10.1111/dom.15983

Von Mäusen, Schweinen und Menschen

Die menschliche Bauchspeicheldrüse ähnelt in ihrer Entwicklung deutlich stärker der von Schweinen als der von Mäusen

NEUHERBERG. Das Pankreas und seine Entwicklung stehen schon lange im Mittelpunkt der Diabetes- und Krebsforschung. Bislang stützte man sich fast ausschließlich auf Mausmodelle.

Äber: Mäuse unterscheiden sich in vielen Aspekten vom Menschen. „Gerade bei komplexen Erkrankungen wie Diabetes mellitus brauchen wir Modelle, die dem

Menschen wirklich nahekommen“, betont daher Professor Dr. HEIKO LICKERT. Der DZD-Forscher ist u.a. Direktor des Instituts für Diabetes- und Regenerationsforschung bei Helmholtz Munich. In der jetzt veröffentlichten Studie legte das Forschungsteam die erste umfassende Einzelzellanalyse der Pankreas-Entwicklung in Maus, Mensch und Schwein vor. „Wir konnten zeigen,

dass Schweine in ihrem Entwicklungstempo, in molekularen Steuerungsmechanismen und in der Genregulation dem Menschen deutlich ähnlicher sind als die Maus“, erklärt Prof. Lickert. Besonders bemerkenswert: Über die Hälfte der Transkriptionsfaktoren, die durch das Gen NEUROGENIN 3 gesteuert werden, sind beim Schwein und beim Menschen identisch. Die-

se zentralen Transkriptionsfaktoren sind für die Genregulation und Ausbildung von Betazellen entscheidend.

Spezielle Zellgruppe bei Schwein und Mensch

Ein weiterer wichtiger Fund: Während der Embryonalentwicklung tritt eine spezielle Zellgruppe („primed endocrine cell“ (PEC)) auf, die

bei Schwein und Mensch vorkommt. PECs können sich in hormonproduzierende Inselzellen differenzieren. „Diese PECs könnten eine alternative Quelle für die Regeneration von insulinproduzierenden Betazellen darstellen, die auch ohne den Masterfaktor NEUROGENIN3 entstehen können“, so Prof. Lickert. DZD/Red.

Yang Ket al. Nat Commun 2025; 16(1): 9355; doi: 10.1038/s41467-025-64774-4

MEDICAL REPORT

Typ 2 Diabetes und Begleiterkrankungen

Blutzuckersenkung mit positiven Effekten auf Gewicht, kardioreale Gesundheit und pAVK

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

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

(geschätzte glomeruläre Filtrationsrate) um durchschnittlich 1,16 ml/min/1,73m²/Jahr (95 %-KI: 0,86–1,47; p < 0,001); Semaglutid konnte somit die Progression der Verschlechterung der Nierenfunktion verlangsamen.²

Starke kardioreale Effekte

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

Semaglutid 1 mg ist zudem das bisher einzige Inkretinimetikum mit

RWD aus REACH: Semaglutid reduzierte kardiovaskuläre Risiken stärker als Dulaglutid

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

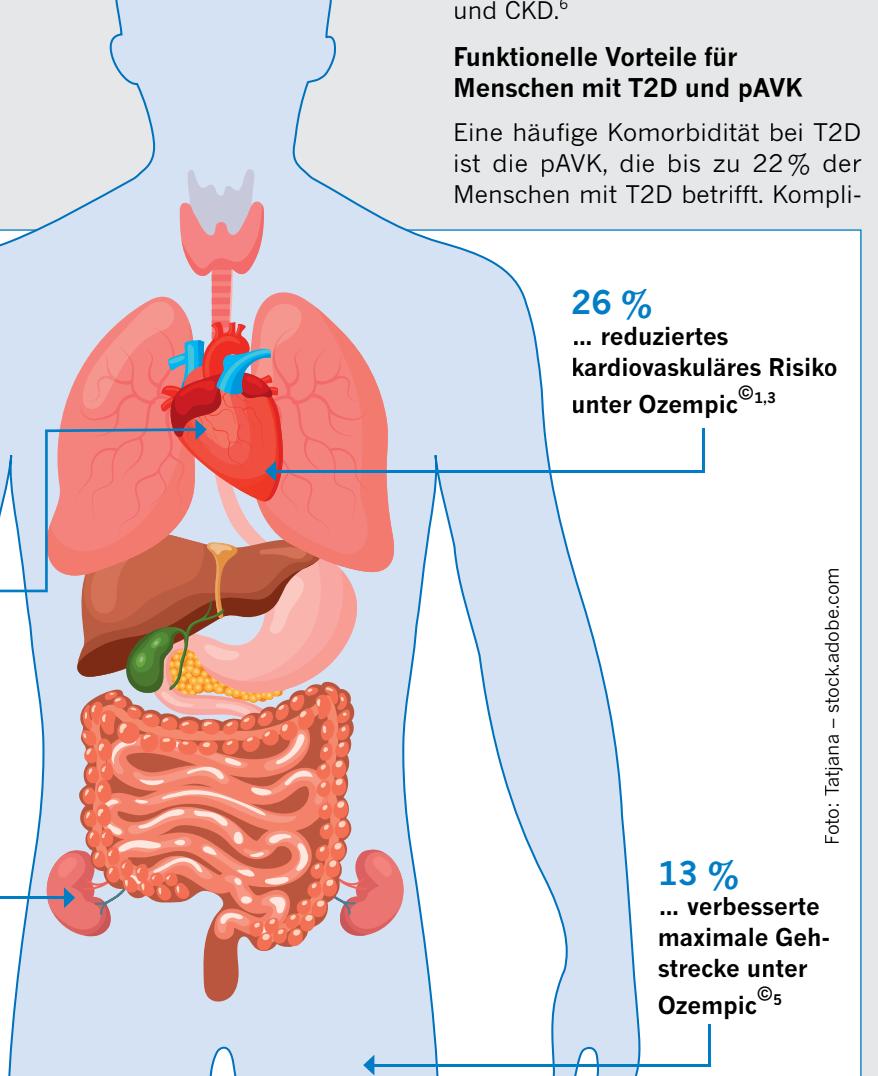


Abb: Relevante Vorteile hinsichtlich häufiger Begleiterkrankungen bei T2D mit Semaglutid.

Ozempic® 0,25 mg Injektionslösung im Fertigen. Ozempic® 0,5 mg Injektionslösung im Fertigen. Ozempic® 1 mg Injektionslösung im Fertigen. Ozempic® 2 mg

Injektionslösung im Fertigen. Wirkstoff: Semaglutid. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 0,25/0,5/1/2 mg Semaglutid. Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae* Zellen. Sonstige Bestandteile: Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität. Als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikationen ungeeignet ist. Zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, kardiovaskuläre Erkrankungen und renale Ereignisse, sowie untersuchte Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. **Art der Anwendung:** Zur subkutanen Injektion in die Bauchwand. Eine Injektion sollte mindestens 10 Minuten vor dem Essen erfolgen. Der Tag der wöchentlichen Anwendung kann bei Bedarf gewechselt werden. Den Pen nicht mit aufgeschrubbter Nadel aufbewahren. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Übelkeit, Durchfall, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). Häufig: Erbrechen, Hypoglykämie (bei gleichzeitiger Anwendung mit oralen Antidiabetika außer Sulfonylharnstoff oder Insulin), Verdauungsstörung, Magenschleimhautentzündung („Gastritis“), Sodbrennen („gastroösophageal Refluxkrankheit“ (GERD)), Magenschmerzen, aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Aufstoßen, Gallensteine, Schwäche, Müdigkeit, Gewichtsverlust, geringerer Appetit, Blähungen (Flatulenz), Erhöhung von Pankreasenzymen (wie Lipase und Amylase), Kofitschmerzen. Gelegentlich: Änderungen des Geschmacksempfindens, schneller Puls, Reaktionen an der Injektionsstelle (z. B. Ausschlag, Hautreizung), allergische Reaktionen (z. B. Hautausschlag, Jucken), Verzögerung der Magenleerung. Schwerwiegend: Komplikationen bei diabetischer Retinopathie (häufig), akute Pankreatitis (gelegentlich), anaphylaktische Reaktionen (selten), Angioedem (selten), nichtarteritische anteriore ischämische Optikusneuropathie (sehr selten), Darmverschluss (Häufigkeit nicht bekannt). **Verschreibungspflichtig.** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark. Stand: September 2025

multizentrische, internationale, doppelblinde, placebokontrollierte Studie, die bei 3.297 Menschen mit Typ 2 Diabetes und einem hohen kardiovaskulären Risiko die Auswirkung von Semaglutid im Vergleich zu Placebo, beides als Ergänzung zu einer Standardtherapie (bestehend aus Lebensstiländerung, Blutzuckersenkung und kardiovaskulär wirkenden Substanzen), auf den primären kombinierten Endpunkt (erstes Auftreten von kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder Schlaganfall) untersuchte. Im primären kombinierten Endpunkt zeigte sich eine Reduktion um 26 %. Die Studie war als Nichtunterlegenheitsstudie, nicht als Überlegenheitsstudie geplant, somit war die Überlegenheitsprüfung nicht präspezifiziert.

2. Perovic V et al. N Engl J Med. 2024;391:109-121 (+Suppl.). Einzelheiten zur Studie: FLOW ist die weltweit erste Nieren-Endpunktstudie mit einem GLP-1 Rezeptoragonisten. In dieser Studie bei Menschen mit Typ 2 Diabetes und einer vorbestehenden chronischen Nierenerkrankung (CKD) wurde untersucht, ob Semaglutid 1 mg das Voranschreiten einer CKD verzögert sowie das Risiko einer renalen und kardiovaskulären Mortalität senkt. Basierend auf der Empfehlung des zuständigen, unabhängigen Data Monitoring Committee (DMC) wurde die FLOW-Studie aufgrund der positiven Überlegenheitsanalyse vorzeitig beendet. Dieses Vorgehen wird besonders bei Placebo-kontrollierten Studien gemacht, damit Patient:innen in einem Placebo-Arm nicht unnötig lange eine wirksame Therapie vorerhalten wird. Bei FLOW sollte also Semaglutid aus ethischen Gründen den Patient:innen im Placebo-Arm nicht länger vorerhalten werden, nachdem die Interims-Analyse auf Überlegenheit positiv ausgefallen war.

3. Fachinformation Ozempic®, aktueller Stand.

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

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

6. Diabetes Care 2025;48(Suppl 1):S181-S206

7. Verma S et al. Diabetes therapy 2024;15:1893-1961

8. Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen bei erwachsenen Patienten mit T2D und manifesten CV-Erkrankungen, siehe Beschluss text G-BA Anlage XII der AM-RL vom 2. Mai 2019 Absatz 1 b). Bestätigt am 20.03.2025.

Fazit

Für Menschen mit T2D kann eine Blutzuckersenkung mit Semaglutid (1 mg 1x/Woche, Ozempic®) zusätzliche Vorteile auf Gewichtsmanagement³ und Reduktion kardiovaskulärer^{1,3,4} sowie nieren spezifischer^{2,3} Risiken bieten. Erste Untersuchungen weisen außerdem darauf hin, dass Semaglutid funktionelle Vorteile auf die maximale Gehstrecke bei Patient:innen mit pAVK ermöglichen kann.⁵

Väter beeinflussen Energiestoffwechsel der Kinder

Young Investigator Award der DDG für Dr. Raffaele Teperino

MÜNCHEN. Der Young Investigator Award 2025 der Deutschen Diabetes Gesellschaft ging an Dr. Raffaele Teperino. Mit dem Preis ausgezeichnet wurde der Leiter der Forschungsgruppe Umweltepigenetik bei Helmholtz München und dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) für seine Studien zur Gesundheit von Vätern zum Zeitpunkt der Empfängnis als Risiko für Fettleibigkeit, Diabetes und neuroentwicklungsbedingte Störungen für die Nachkommen.

Schon seit seinem Studium beschäftigt sich der junge italienische Wissenschaftler mit der Ontogenese individueller Phänotypen und Krankheitsanfälligen. Seine Faszination gilt dabei vor allem epigenetischen Phänomenen. „Meine Vision ist es, zu verstehen, wie und in welchem Umfang wir als Eltern zur Gesundheit unserer Kinder beitragen, mit dem Ziel, die individuelle Anfälligkeit für Krankheiten zu steuern und komplexen Erkrankungen wie Diabetes und Adipositas vorzubeugen“, erläutert Dr. Teperino seinen wissenschaftlichen Ansatz.

Metabolische Eigenschaften auch über die väterliche Linie

Mit seinem Forschungsteam bei Helmholtz München kam er zu der

»Komplexen Erkrankungen vorbeugen«

bahnbrechenden Erkenntnis, dass im Laufe eines Lebens erworbene metabolische Eigenschaften wie Fettleibigkeit, Diabetes und neuroentwicklungsbedingte Störungen nicht nur über die mütterliche, sondern auch über die väterliche Linie weitergegeben werden. Bis zu diesem Zeitpunkt ging man davon aus, dass Väter keinen Anteil an der Veranlagung zu Adipositas und Insulinresistenz bei ihren Nachfahren haben. Dr. Teperino konnte jedoch unter anderem eindrucksvoll belegen, dass das Risiko von Kindern, im

Lauf ihres Lebens Übergewicht zu entwickeln oder an Diabetes mellitus zu erkranken, umso geringer ist, je gesünder sich deren Väter schon vor ihrer Zeugung ernährt hatten. Dieser Einfluss, so ein weiteres wichtiges Ergebnis seiner Studien, besteht unabhängig von anderen Faktoren wie dem Gewicht der Mutter, der elterlichen Genetik oder Umweltbedingungen.

Bei seinen Forschungen konzentrierte sich der Wissenschaftler auf spezielle kleine RNA-Moleküle in Spermien, sogenannte mitochondriale tRNA-Fragmente (mt-tRNA). Diese spielen eine Schlüsselrolle bei der Vererbung von Gesundheitsmerkmalen, indem sie die Aktivität bestimmter Gene in den Mitochondrien bereits im frühen Embryostadium regulieren und so die Entwicklung und Gesundheit des Nachwuchses steuern. „Väter haben folglich einen wichtigen, wenn auch indirekten Einfluss auf

die genetische Prägung der Mitochondrien und damit auf den Energiestoffwechsel ihrer Kinder“, erklärt Dr. Teperino. Mit seinem Beleg einer Übertragung nichtgenetischer väterlicher Bestandteile in Embryonen konnte der Molekularendokrinologe das Verständnis der Diabetesentstehung grundlegend erweitern.

Ziel: die männliche Gesundheit vor der Empfängnis fördern

Den Young Investigator Award wertet Dr. Teperino, der es liebt, im Team zu arbeiten, als besondere Motivation für weitere Forschungstätigkeiten, um den exponentiellen Anstieg von kindlichen Erkrankungen zu verringern. „Mein Ziel ist es, personalisierte Präventions- und Therapiestrategien zur Verbesserung der männlichen Gesundheit vor der Empfängnis zu fördern, um

»Award als große Motivation«

Kindern bestmögliche Chancen auf ein gesundes Leben zu geben“, so der Forscher. Spezielle Gesundheitsvorsorgeprogramme zur Ernährung von Männern mit Kinderwunsch könnten seiner Überzeugung nach das Risiko von Erkrankungen wie Adipositas und Diabetes bei deren Kindern deutlich verringern.

Petra Spielberg



Von Neapel über Lausanne und Freiburg nach München

Dr. Raffaele Teperino absolvierte seine Ausbildung an der Universität Neapel Federico II. Von September 2000 bis Juli 2005 belegte er das Fach Pharmazeutische Biotechnologie und erwarb so die grundlegenden wissenschaftlichen Methoden und Techniken zur Entwicklung, Prüfung, Herstellung und Zulassung von Medikamenten. Anschließend promovierte er in Molekulärer Endokrinologie und Physiopathologie mit Schwerpunkt auf den Krankheitsbildern Diabetes, Adipositas und Krebs. Von Juni 2009 bis Mai 2010 war Teperino als Postdoktorand an der École Polytechnique Fédérale de Lausanne angestellt. Dort beschäftigte er

sich mit der Wechselwirkung zwischen Zellstoffwechsel und Epigenetik. Danach wechselte er an das Max-Planck-Institut für Immunbiologie und Epigenetik in Freiburg. Bei seinen Freiburger Forschungstätigkeiten konzentrierte sich Dr. Teperino insbesondere auf die Rolle von Entwicklungsregulatoren, einschließlich epigenetischer Modifikatoren, in der metabolischen Physiologie von Erwachsenen. 2015 übernahm er die Stelle als Leiter der Forschungsgruppe Umweltepigenetik am Helmholtz Zentrum München.

Neue PCOS-Leitlinie

Polyzystisches Ovarsyndrom früher erkennen und ganzheitlich behandeln

ALTDORF/BERLIN. Das polyzystische Ovarsyndrom (PCOS) betrifft jede zehnte Frau im gebärfähigen Alter. Jetzt liegt eine S2k-Leitlinie vor.

Es handelt sich um ein komplexes Endokrinologisches, gynäkologisches und internistisches Krankheitsbild mit bisher unklarer Ursache“, erklärt Dr. CORNELIA JAURSCH-HANCKE, leitende Endokrinologin an der DKD HELIOS Klinik Wiesbaden und Koordinatorin der Leitlinie. Die Stoffwechselstörung PCOS bewirkt,

dass die Eierstöcke zu viele männliche Sexualhormone produzieren. „PCOS bleibt häufig unerkannt. Neben Zyklusstörungen, erhöhten männlichen Hormonen und unerfülltem Kinderwunsch steigt bei betroffenen Frauen auch das Risiko für weitere Erkrankungen: Typ-2-Diabetes, Schwangerschaftsdiabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettleber sowie psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen. Daher ist eine frühe Diagnose entscheidend“, ergänzt Professorin

Dr. SUSANNE REGER-TAN, Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie am Herz- und Diabetes-Zentrum NRW und Mitkoordinatorin der Leitlinie.

Die neue Leitlinie präzisiert die Diagnostik

Ein PCOS liegt vor, wenn mindestens zwei der drei Kriterien erfüllt sind:

- klinischer Hyperandrogenismus und/oder biochemischer Hyperandrogenismus
- ovulatorische Dysfunktion

■ Polyzystische Ovarmorphologie (PCOM) und/oder eine hohe Konzentration des Anti-Müller-Hormons (AMH) und Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen

„Die Symptome bei PCOS sind sehr ähnlich zu anderen Erkrankungen, beispielsweise der Schilddrüse, Tumoren oder des Cushing-Syndroms. Bei der Diagnose müssen behandelnde Ärzt*innen daher andere Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen ausschließen“, so Dr. Jaursch-Hancke.

Regelmäßige Kontrollen auf Risikofaktoren

Die Leitlinie empfiehlt regelmäßige Untersuchungen auf Risikofaktoren und Begleiterkrankungen ausdrücklich: „Besonders wichtig ist die Überprüfung des Zuckerstoffwechsels beispielsweise mit einem oralen Glukosetoleranztest, da Frauen mit PCOS unabhängig vom Alter ein erhöhtes Risiko für Diabetes Typ 2

und Schwangerschaftsdiabetes haben“, so Prof. Reger-Tan. Dafür räume die Leitlinie mit der Annahme auf, dass die Messung der Insulinresistenz eine zentrale Bedeutung für Therapieentscheidungen hat. Zudem sollten Gewicht, Blutdruck und Fettstoffwechsel regelmäßig kontrolliert werden, um rechtzeitig präventive und therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Ärzt*innen sollten ebenso auf psychische Belastungen (z.B. Depressionen, Angststörungen, negatives Körperbild) achten und dies in die Behandlungen einbeziehen. Eine Leitlinie, die sich an Patientinnen richtet, ist in Arbeit. DGE/Red.

Die S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie des PCOS ist unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) in Zusammenarbeit u.a. mit der DDG entstanden.

register.awmf.org/de/leitlinien/detail/089-004

Neue Leitlinie als Fundament für eine vernetzte Versorgung

Empfohlen wird eine multimodale und individuelle Therapie; im Mittelpunkt stehen Lebensstiländerungen, je nach Symptomprofil und Kinderwunsch gezielt ergänzt um medikamentöse Therapien mit oralen Kontrazeptiva, Metformin oder antiandrogenen Medikamenten. Damit dieser Ansatz greift, müsse die Behandlung fachübergreifend erfolgen – „im Team aus Endokrinologie, Gynäkologie, Diabetologie und Psychologie“, so Dr. Jaursch-Hancke.



Das multimediale Angebot für alle Menschen mit Diabetes_



Bildrechte: Seiravvisuals via Getty Images | Dennis Hoeren, Halfpoint, Leo Lintang, natrot, Mego-studio & Olga Rai via stock.adobe.com



Diabetes Anker_

Für alle Höhen und Tiefen



Jetzt im
Newsletter
entdecken!



diabetes-anker.de

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Neustart für schmerzende Nerven

Capsaicin als möglicher „Disease Modifier“

Industriesymposium – Grünenthal
MANNHEIM. „Disease modifying“ bedeutet, dass eine Therapie den Krankheitsverlauf verändert, indem sie in pathophysiologische Mechanismen eingreift – mit anhaltendem Nutzen über die Symptomwirkung hinaus, erklärte Professor Dr. RAINER FREYNHAGEN, Feldafing. Ein Beispiel für krankheitsmodifizierende Substanzen sind die DMARD in der Rheumatologie. In der Schmerzmedizin hat es bisher so etwas noch nicht gegeben.

Capsaicin könnte man als Disease Modifier bezeichnen, so Prof. Freyhagen. Denn es reorganisiert pathologische Nervenphänotypen und stellt

gestörte Nervenfunktionen wieder her. Wie muss man sich das vorstellen? Bei einer peripheren Neuropathie sinkt die Nervenfaserdichte, die Nozizeptoren sind hyperaktiv. Nach der Applikation von Capsaicin kommt es zu einem Funktionsverlust und einer Retraktion der Nervenfasern. Drei Monate später haben sie sich regeneriert, dann aber mit normaler Sensorik. Dies ist der Schlüssel zur Analgesie. Man könnte von einem „biologischen Reset des nozizeptiven Systems“ sprechen.

Außerdem steigt der Nutzen bei Mehrfachapplikation an im Sinne einer „progressive response“. In einer eigenen Studie wurden gezielt die

Patient*innen untersucht, die nach drei Monaten auf das Capsaicinplaster keine Schmerzlinderung angaben, berichtete Prof. Freyhagen. Nach erneuter Klebung zeigten nach sechs Monaten 28,1% eine Schmerzerduktion von mindestens 30%, nach neun Monaten 42,6% und nach zwölf Monaten 45,7%. Man muss also mindestens dreimal behandeln. „Je mehr Sie kleben, desto besser wirkt es“, so der Experte. Außerdem führt Capsaicin im Verlauf der Therapie zur Verkleinerung des Areals, in dem Spontanschmerz, Allodynie und Hyperalgesie empfunden werden, um mehr als 20% in einem Jahr. In einer Arbeit aus 2019 ließ sich zudem nachweisen, dass bereits nach einer einmaligen Capsaicinanwendung strukturelle und funktionelle Marker für die Nervenregeneration anstiegen, was mit der Schmerzerduktion korrelierte. Wie Professorin Dr. JANNE GIERTHMÜHLEN, Kiel, berichtete, zeigte sich in einer Studie von 2010, dass diejenigen Patient*innen am besten ansprachen, die Capsaicin schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt, also weniger als sechs Monate nach Beginn der Beschwerden, erhalten hatten.

Dr. Vera Seifert

„Mehr als nur Symptomkontrolle: Capsaicin auf dem Weg zur Krankheitsmodifikation“, Deutscher Schmerzkongress 2025



Foto: Khuram Ibn Sabir - stock.adobe.com (generiert mit AI)

Höher dosieren und seltener anwenden

VEGF-Inhibition: Vorgehen bei diabetischem Makulaödem

Industriesymposium – Bayer Vital GmbH
BERLIN. Seit geraumer Zeit ist es möglich, bei diabetischem Makulaödem (DMÖ) ebenso wie bei feuchter altersabhängiger Makuladegeneration (nAMD) das rekombinante Fusionsprotein Aflibercept in einer Dosierung von 8 mg mit deutlich längeren Behandlungsintervallen als zuvor einzusetzen.

Es liegen überzeugende Langzeitdaten vor, die zeigen, wie sicher und zugleich wirksam diese Therapie ist. Professorin Dr. FRIEDERIKE SCHAUB, Rostock, stellte die positiven Effekte bei DMÖ anhand der Ergebnisse von PHOTON, einer randomisierten, doppeltverblindeten Nichtunterlegenheitsstudie der Phase 2/3, vor: Trotz Behandlungsintervallen von median acht bis zehn Wochen nimmt

dennach die zentrale Netzhautrückeckerstärke bei den Betroffenen ab, Pigmentepithelabhebungen treten seltener auf, die Menge intra- und subretinaler Flüssigkeit geht signifikant zurück und die Sehschärfe stabilisiert sich anhaltend. Bei Personen mit nAMD führte in der PULSAR-Studie die Dosierung von Aflibercept mit 8 mg zu einer deutlich rascheren Trocknung des zentralen Teilstells (median 4 vs. 8 Wochen, numerischer Unterschied) als das Vorgängerpräparat. Signifikant mehr Personen mit nAMD hatten nach 16 Wochen im Vergleich zu niedrig dosiertem Aflibercept (2 mg) eine trockene Makula (63% vs. 52%; p=0,0002) erreicht.

Und auch langfristig erwies sich die Therapie mit höher dosiertem, aber seltener verabreichtem Aflibercept als wirksam, mit einem Sicherheitsprofil,

das demjenigen von Aflibercept 2 mg ähnelt. Welch große Bedeutung die längeren Behandlungsintervalle für die Betroffenen haben, stellte PD Dr. JAKOB SIEDLECKI, München, heraus. Sie bringen eine größere Unabhängigkeit und Mobilität im Privat- wie im Arbeitsleben. Selbst bei längeren Therapiepausen besteht demnach nicht sofort die Gefahr von weiteren Visusverlusten.

Professor Dr. LARS-OLOF HATTENBACH, Ludwigshafen, referierte, dass in Zukunft möglicherweise auch Personen mit Makulaödem infolge eines retinalen Venenverschlusses von Aflibercept 8 mg profitieren könnten. In der Phase-3-Studie QUASAR wurden unter der Therapie mit höher dosiertem Aflibercept alle acht Wochen im Vergleich zur monatlichen Injektion mit Aflibercept in der Dosierung von 2 mg nach 36 Wochen nichtunterlegene Visusergebnisse bei vergleichbarem Sicherheitsprofil und weniger Injektionen erreicht. Kathrin von Kieseritzky

Mehr Ausdauer für Ihre IVOM-Patienten – Langzeidaten und Neues von Aflibercept 8mg; Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 2025

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Wenn die Diabetologie positiv ausstrahlt

Zehn Jahre EMPA-REG-Outcome-Studie

Industriesymposium – Boehringer Ingelheim & Lilly Deutschland Allianz

BERLIN. Zehn Jahre nach Erscheinen der EMPA-REG-OUTCOME-Studie wurde diskutiert, inwiefern die „Innovation aus der Diabetologie“, also die SGLT2-Inhibitoren, zur Neuausrichtung in der Kardiologie und Nephrologie führte.

Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, Leipzig, sprach von einem echten Meilenstein: Heute sollte man statt vom metabolischen Syndrom eher sprechen vom „kardiovaskulären nierenmetabolischen Syndrom“, das verschiedene Stadien hat, die man stadienorientiert behandeln müsse und könne. „Mit EMPA haben wir genau das gelernt: dass es möglich ist, mit einer einzigen Intervention an mehr als nur einer Stellschraube zu drehen – mehr als nur den Zucker zu senken, die Glukoselast von den Organen zu nehmen, die Niere zu schützen, Herz und Gefäßsystem zu schützen.“ Die EMPA-REG-OUTCOME-Studie war das Highlight des Jahres 2015 aus der Diabetologie. Es folgten weitere Studien, es gab Wissenszuwachs, so Prof. Blüher, die Ergebnisse sind sozusagen übersetzt worden in die Nephrologie

und in die Kardiologie, und spiegeln sich in Leitlinien nicht nur in unserem Bereich wider“.

National wurden SGLT2-Hemmer vor allem mit kardiovaskulären Endpunktdaten enorm aufgewertet. Dies betrifft den multimodalen Ansatz – man senke laut Prof. Blüher eben nicht nur die Glukoselast, die im Organ ankommt. Man reduziere moderat, aber relevant das Gewicht, wirke sehr stark auf die Herzinsuffizienz, und wir verzögern das Fortschreiten der Nephropathie. Man muss sich eigentlich heute eher die Frage stellen, wenn jemand vor uns sitzt mit Typ-2-Diabetes: „Gibt's denn für mich eine Ausrede, einen SGLT2-Hemmer nicht einzusetzen?“

Real-World-Daten beweisen, dass die Versorgungsrealität anders aussieht: Daten gesetzlich Versicherter (u.a. WIG2 Institut, Leipzig) zeigen, dass über sechs bis sieben Jahre nur rund 4,9% der Menschen mit Typ-2-Diabetes einen GLP1-Rezeptoragonisten und unter 10% einen SGLT2 Hemmer erhielten. gh

10 Jahre EMPA-REG OUTCOME: Innovation aus der Diabetologie führt zur Neuausrichtung in Kardiologie und Nephrologie; Diabetes Kongress 2025

Von der »Zuckerologie« zur Organprotektion

Typ-2-Diabetes: Paradigmenwechsel gefordert mit Fokus auf viszerales Fett und Staging

Industriesymposium – Lilly Deutschland
BERLIN. Statt isolierter HbA_{1c}-Senkung wird bei Typ-2-Diabetes eine multifaktorielle Risikoreduktion gefordert. Duale Inkretinagonisten wie Tirzepatid zeigen Potenzial zur kausalen Therapie der metabolischen Ursachen.

Professorin Dr. MONIKA KELLERER, Stuttgart, betonte die pathogenetische Schlüsselrolle der viszeralen Adipositas: „Die Hauptwurzel ist für mich ganz ehrlich gesagt die Insulinresistenz. Ein Mensch, der sehr insulinresistenter ist, ist metabolisch in der Regel gesund.“ Dieses „metabolisch maligne“ viszerale Fett (inkl. Leberfett) treibe über Adipokine, freie Fettsäuren und vermindernde Adiponektin-Sekretion die Insulinresistenz, Inflammation und endotheliale Dysfunktion an. Prof. Kellerer präsentierte Daten zum dualen GLP1/GIP-Agonisten Tirzepatid aus dem SURPASS-Studienprogramm: HbA_{1c}-Senkung bis 2,6%, Gewichtsreduktion bis 13 kg, wobei bis zu 60% der Patient*innen kombiniert ein HbA_{1c} unter 6,5 % sowie über 10%

Gewichtsverlust erreichten. MRI-Studien zeigten eine relative Leberfettreduktion um 40 bis 47%. „Für krankheitsmodifizierende Effekte brauchen wir mindestens 10, eher 15% Gewichtsreduktion“, so die Diabetologin. Die gastrointestinale Verträglichkeit sei trotz stärkerer Effekte vergleichbar mit Mono-Agonisten – erklärbar durch antiemetische GIP-Effekte. Professor Dr. STEPHAN JACOB, Villingen-Schwenningen, forderte ein konsequentes Staging vor einer Therapieentscheidung. An einem Fallbeispiel demonstrierte er, wie bei oberflächlich zufriedenstellendem HbA_{1c} von 7,0% eine chronische Nierenerkrankung, ein Leberfibroseverdacht und eine obstruktive Schlapapnoe übersehen werden können. „Wir sehen dieselben Patienten aus verschiedenen Perspektiven – Metabologe, Kardiologe, Nephrologe, Gastroenterologe.“ Er plädierte für kardio-metabolische Spezialist*innen. gh

Wirkung beginnt mit Ihrer Entscheidung – Risikoprofile, Gewicht und Leberfett von Anfang an im Griff; Diabetes Kongress 2025

Hauptziel: die Senkung des LDL-Cholesterins

Für die Reduktion der Cholesterinlebensjahre: „the lower the better“ und „the earlier the better“

MAINZ. Dr. ANJA VOGT, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, LMU München, wünscht sich, dass bei Fettstoffwechselstörungen die „richtige Diagnose“ gestellt und beachtet wird, ob eine primäre oder sekundäre Störung vorliegt.

Das bedeutet: Bei kombinierten Fettstoffwechselstörungen sollten mehrere Diagnosen korrekt angegeben werden. Die Leiterin der Lipidologie und Lipidapherese am Klinikum Innenstadt/Ludwig-Maximilian-Universität, München, begrüßt es sehr, dass in der aktuellen EAS-/ESC-Leitlinie zum Management der Dyslipidämien¹ über Risikokategorien statt über Primär- und Sekundärprävention gesprochen wird. Jemand, der keinen Infarkt gehabt habe, könne dennoch ein „enorm hohes Risiko“ aufweisen. Dies treffe zum Beispiel auf Menschen mit familiärer Hypercholesterinämie (FH), Diabetes mellitus oder Endorganschäden zu.

Die eigene Therapie mit in die Hand nehmen

„Die LDL-Cholesterinsenkung ist Hauptziel der Therapie“, denn dafür gebe es eine sehr hohe Evidenz. Es gelte sowohl „the lower the better“ als auch „the earlier the better“. Es gehe darum, die „Belastung über die Zeit“, also die „Cholesterinlebensjahre“ zu reduzieren. Nach der leitliniengerechten Ermittlung der Risikokategorie und dem daraus abgeleiteten individuellen Zielwert für das LDL-Cholesterin gelte es, bei Bedarf weitere Untersuchungen wie Bildgebung durchzuführen. „Den größten Teil nimmt dann bei uns die Lebensstilberatung ein.“ Am Ende stehe die Entscheidung für oder gegen eine medikamentöse lipidsenkende Therapie. LDL-Cholesterin und Lipoprotein(a) erhöhen laut einer in 2025 publizierten Metaanalyse unabhän-

gig und additiv das kardiovaskuläre Risiko.² Dr. Vogt plädiert dafür, Lipoprotein(a) mindestens einmal im Leben zu messen. Sie erachtet Kaskadentests bei FH oder familiärer/persönlicher Vorgesichte mit sehr hohen Werten oder vorzeitige atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen (ASCVD) als sinnvoll, mit dem Ziel, das Gesamtrisiko zu senken, und empfiehlt den unter lipidclinicalguidance.com verfügbaren Online-Rechner.

Ein gesunder Lebensstil wirke sich auch bei der schwersten Form der Hypercholesterinämie, der homozygoten FH, günstig aus und reduziere kardiovaskuläre Ereignisse. Bei der Beratung sollte der Einfluss betont werden, den Patient*innen durch ihr eigenes Verhalten auf ihre Gesundheit haben. Dabei sei es sehr wichtig, keine Schuldzuweisung vorzunehmen. Außerdem müsse eine richtige Einordnung erfolgen, denn der Einfluss von Lebensstilfaktoren auf ASCVD sei groß und wirke „massiv“ auf die Triglyceride, während das LDL-Cholesterin nur bedingt und das Lipoprotein(a) nicht beeinflusst werden könne. Dr. Vogt findet es wichtig, nicht den Eindruck zu erwecken, „nur die Person zu sein, die den Rezeptblock zückt und Medikamente verschreibt“, sondern diejenige, die auch die Gesamtgesundheit im Blick behalte.

Statine: „super Studienlage – schlechter Ruf“

Statine sind die wichtigste Substanzgruppe zur Reduktion von ASCVD und gelten weiterhin als State-of-the-Art in der Lipidtherapie. Mehrere im Jahr 2024 publizierte Studien belegten eine Unterversorgung verschiedener Patientengruppen mit Statinen, wodurch deren Mor-



Lücken in der Statintherapie bei Diabetes mellitus

„Die Sorge, dass die Statin-Therapie zu Diabetes mellitus führen könnte, bremst häufig die optimale Statintherapie. Auch wenn dies in Einzelfällen zutrifft, überwiegen die positiven Effekte der Statintherapie auf die kardiovaskuläre Gesundheit und das Überleben bei Weitem“, sagte Dr. Vogt. Deswegen bestehe „unisono“ die starke Empfehlung, die Lipidtherapie optimal durchzuführen, dabei den Glukosestoffwechsel im Auge zu behalten und ggf. auch optimal zu therapieren.

bidity und Mortalität erhöht sei. Eine Statintherapie werde insbesondere Frauen, Patient*innen mit HIV, FH, rheumatoider Arthritis und chronischer Nierenerkrankung, vorenthalten. Die Bedeutung des Nocebo-Effekts könne nicht überschätzt werden, betonte Dr. Vogt und appellierte an alle Beteiligten, auch Apotheker*innen, dem entgegenzuwirken. Sie ermunterte dazu, Fragen von Patient*innen im Sinne des „Motivational Interviewing“ positiv zu beantworten: „Muss ich das Statin jetzt immer nehmen?“ – „Nein, Sie dürfen das!“³

Dr. Vogt erwähnte die Ende 2024 erfolgte Änderung der Arzneimittelrichtlinie (AMRiLi), die eine Erweiterung der Verordnungsmöglichkeit von Lipidsenkern wie Statinen

vorsieht, wenn alleinige primärpräventive Maßnahmen zur Senkung von hohen kardiovaskulären Risiken nicht ausreichen. „Unabhängig davon sagen uns alle KVEn und alle Krankenkassen: Statine sind viel zu billig, als dass es dafür Prüfungen geben würde.“

Adhärenzproblem bei Beginn der PCSK9-Inhibitortherapie

Als „zweiter Schritt zur Senkung des LDL-Cholesterins“ kann zusätzlich bei unzureichender Wirkung von Statinen oder ggf. als initiale Monotherapie das intestinal wirksame Ezetimib eingesetzt werden. Eine aktuelle Metaanalyse mit elf randomisierten, kontrollierten Studien habe gezeigt, dass Ezetimib nach einem akuten Koronarsyndrom früh (innerhalb von vier bis zwölf Wochen) und nicht erst nach langer Stufentherapie begleitend zu einer hoch dosierten Statintherapie zum Einsatz kommen sollte, erläuterte Dr. Vogt. Durch dieses Vorgehen ließen sich signifikante Reduktionen hinsichtlich Gesamt mortalität, MACE und nicht-tödlicher Schlaganfälle nach drei bis sechs Jahren erreichen.⁴

Der ATP-Citrat-Lyase-Inhibitor Bempedoinsäure reduziert die Cholesterinproduktion in der Leber, wo das wirksame Medikament aus dem oral eingenommenen Prodrug gebildet wird. Die präspezifizierte Analyse der Studie CLEAR Outcomes mit

»Auch Fibrate kommen infrage«

13.970 Proband*innen belegte eine Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse (MACE-4) unter Bempedoinsäure versus Placebo.⁵ Als drittes orales Präparat könne Bempedoinsäure zusätzlich zu Statin und Ezetimib eingesetzt werden und zu variablen weiteren Absenkungen des LDL-Cholesterins führen. Der Gemeinsame Bundesausschuss fordere grundsätzlich den Einsatz von Bempedoinsäure, wenn sich im weiteren Krankheitsverlauf die Frage nach einem PCSK9-Präparat oder die Indikation für eine Lipoprotein-Apherese stelle.

Beim Einsatz von PCSK9-Inhibitoren, die bereits einen festen Platz in der lipidsenkenden Therapie hätten, sei die Weiterführung der oralen Therapie ein großes Problem – bzw. deren Abbruch, wie eine norwegische Studie belegen konnte: Innerhalb eines Jahres nach Beginn einer neu initiierten PCSK9-Inhibitortherapie setzten 56 % der Proband*innen ihre Statine und 40 % Ezetimib ab, vor allem Personen mit ASCVD, ältere Menschen und jene, die zuvor mehr als drei Statine eingenommen hatten.⁶

Fibrate, für die aktuell große Endpunktstudien fehlen, setzt Dr. Vogt individuell bei hohen Triglyzeriden mit Problemen bei der Lebensstiländerung ein, auch um das Risiko für eine Pankreatitis zu senken. Eine Studie aus 2024 spreche für ein reduziertes MACE-Risiko unter Fenofibrat beim metabolischen Syndrom.⁷

Daraus lasse sich kein großes Plädoyer für Fibrate ableiten, jedoch die Anregung, diese Substanzen im Hinterkopf zu behalten, um die bei metabolischem Syndrom und Diabetes mellitus häufig vorliegenden triglyzeridreichen Lipide rasch zu senken.

Dr. Karin Kreuel

Diabetes Update 2025

1. Mach F et al. Eur Heart J 2020; 41(1): 111-188; doi: 10.1093/euroheartj/ehz826. Erratum in: Eur Heart J. 2020; 41(44): 4255, doi: 10.1093/euroheartj/ehz455

2. Bhatia HS. Circulation. 2025; 151(4): 312-321; doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA

3. Vogt A. Innere Medizin 2023; 64(7): 622-628

4. Mahajan K et al. Eur J Intern Med 2024; 124: 99-107; doi: 10.1016/j.ejim.2024.02.004

5. Nicholls SJ et al. JAMA Cardiol 2024; 9(3): 245-253; doi: 10.1001/jamacardio.2024.1279

6. Engebretsen I et al. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes 2024; Nov 19: qcae099; doi: 10.1093/ehjqcco/qcae099

7. Kim NH et al. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother 2024;10(2): 118-127; doi: 10.1093/ehjcvp/pvad090

»Am wichtigsten: Beratung bezüglich des Lebensstils«

++ MEDIZIN-TICKER ++

DIIfE-Jahresbericht 2023-2024

Unter dem Motto „Ernährung erforschen. Gesundheit stärken.“ blickt das Deutsche Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIIfE) in seinem Bericht auf die Jahre 2023 und 2024 zurück. Den Bericht gibt es auf www.dife.de.

Strenge Regeln für Tabak-, Nikotin- und Vape-Produkte

Die gesundheitlichen Folgen des Rauchens betreffen sämtliche Bereiche der Inneren Medizin. Daher fordert die DGIM anlässlich der Tabak-Konferenz der WHO im November im Namen aller Internist*innen eine schärfere Regulierung.

Essensfenster und Energiebilanz

ChronoFast-Studie: Diese Parameter verändern sich durch Intervallfasten

POTSDAM/BERLIN. Führt Intervallfasten bei gleichbleibender Kalorienzufuhr zu messbaren Verbesserungen der Stoffwechsel- oder Herz-Kreislauf-Parameter? Das wurde nun untersucht.

Time-Restricted Eating (TRE) ist durch ein tägliches Essensfenster von maximal zehn Stunden gekennzeichnet. Bei Nagetieren schützt TRE vor ernährungsbedingter Fettleibigkeit und damit verbundenen Stoffwechselstörungen. Auch TRE-Studien am Menschen haben zahlreiche positive kardiometabolische Effekte aufgezeigt (z.B. verbesserte Insulinsensitivität, Glukose-, Triglycerid- und Cholesterinkonzentrationen) sowie eine moderate Reduktion des Körpergewichts und des Körperfetts.

Uneinheitliche Ausgangslage in bisherigen Studien

Die Ergebnisse bisheriger TRE-Studien sind jedoch teilweise widersprüchlich und konnten nicht klären, ob die Stoffwechselverbesserungen durch die Beschränkung der täglichen Essenszeit selbst, durch die damit einhergehende Kalorienrestriktion oder durch die Kombination beider Faktoren hervorgerufen werden.

In den meisten Studien wurden die Energiezufuhr oder andere potenzielle Störfaktoren nicht sorgfältig überwacht. Daher hat Professorin Dr. OLGA RAMICH, Leiterin der Abteilung Molekularer Stoffwechsel und Präzisionsernährung am DIfE und Professorin an der Charité mit ihrem Team in der ChronoFast-Studie untersucht, ob ein achtständiges Essenszeitfenster die Insulinsensitivität und andere kardiometabolische Parameter in einer engmaschig kontrollierten isokalorischen Umgebung verbessern kann. Teilnehmende waren 31 Frauen mit Übergewicht oder Adipositas. Über jeweils zwei Wochen nahmen sie ihre gewohnten Mahlzeiten entweder früh (8 bis 16 Uhr (eTRE)) oder spät (13 bis 21 Uhr (ITRE)) ein. Die Kalorien- und Nährstoffzusammensetzung blieben dabei nahezu gleich (isokalorisch). Im Rahmen von vier Visiten wurden Blutproben gesammelt und ein oraler Glukosetoleranztest durchgeführt. Innerhalb der Ernährungsphasen wurde mithilfe von CGM der 24-stündige Glukosespiegel bei zeitgleicher Ernährungsdokumentation beobachtet und die körperliche Aktivität kontrolliert. In isolierten Blutzellen untersuchten die DIfE-Forschenden im Kooperation mit Professor Dr. ACHIM KRAMER von der Charité zudem die innere Uhr.

Keine Verbesserungen der Insulinsensitivität

Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen zeigt die ChronoFast-Studie keine klinisch relevanten Veränderungen der Insulinsensitivität,

des Blutzuckerspiegels, der Blutfette oder Entzündungsmarker, zumindest nach dieser kurzen Intervention. „Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die gesundheitlichen Vorteile früherer Studien vor allem durch eine unbeabsichtigte Kalorienreduktion entstanden sind, aber nicht durch die verkürzte Essenszeit selbst“, erklärt Prof. Ramich. Obwohl bei den Teilnehmerinnen keine bedeutsamen metabolischen Verbesserungen festgestellt wurden,

zeigte die Untersuchung zur inneren Uhr in den Blutzellen, dass zeitbeschränktes Essen die zirkadiane Phase in Blutzellen und die Schlafzeiten beeinflusste. So war die innere Uhr nach der ITRE-Intervention verglichen zur eTRE-



Essensfenster wirkt auf die innere Uhr.

Intervention durchschnittlich 40 Minuten nach hinten verschoben und die ITRE-Teilnehmerinnen, gingen später zu Bett und wachten später auf. „Das Timing der Nahrungsaufnahme wirkt als Zeitgeber für unsere

biologischen Rhythmen – ähnlich wie Licht das auch tut“, sagt Erstautorin BEEKE PETERS. Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Kalorienreduktion bei intermittierendem Fasten eine zentrale Rolle spielt. „Wer abnehmen oder seinen Stoffwechsel verbessern möchte, sollte nicht nur auf die Uhr, sondern auch auf die Energiebilanz achten“, resümiert Prof. Ramich. DifE/Red.

Peters B et al. Sci Transl Med 2025; 29; 17(822); eadv6787; doi: 10.1126/scitranslmed.adv6787

PRIMAS

Das zertifizierte Schulungs- und Behandlungsprogramm für Erwachsene mit Typ-1-Diabetes (ICT, CSII)



Jetzt Schulungsmaterialien ganz einfach auf www.diabetes-schulungs-lounge.de bestellen.

Oder direkt ankreuzen und Fax schicken an 0711 / 66 72-19 74.

SVK GmbH, 70049 Stuttgart, E-Mail: medtrix@svk.de

- Patientenset „Selbstbestimmt leben mit Insulin“ 10er-Pack**
Patientenbuch, Arbeitsblätter, Ernährungstabelle und Diabetes-Tagebuch
179,00 € | KI 45001
- Diabetes-Tagebuch**
4,90 € | KI 45002
- Ernährungsquiz „Essen, was schmeckt“**
109,00 € | KI 42006
- Ernährungsquiz „Essen, was schmeckt“ – Teil 2**
100 neue Karten mit komplexen Gerichten und Getränken
109,00 € | KI 42018
- Ernährungstabelle „Kohlenhydrate auf einen Blick“**
4,90 € | KI 45003
- Erstschatulungset**
Tischflipchart, USB-Card mit 5 Kursstunden, Curriculum, 1 Patientenbuch
79,00 € | KI 42029
- Patientenbuch „Diagnose Typ-1-Diabetes – was nun?“ 5er-Pack**
25,00 € | KI 42031
- Stellenwertscheiben-Set „Diabetes und ich“ 10er-Pack**
19,90 € | KI 42005
- Insulinschablonen-Set „So wirkt mein Insulin“**
Insulinschablonen zur Wirkkurven-Darstellung, Arbeitsblätter
24,90 € | KI 50004

Name
Straße / Nummer
PLZ / Ort
E-Mail
Telefon
Datum / Unterschrift

Hier angegebene personenbezogene Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und zur Abwicklung an die ausführenden Dienstleister übermittelt (Stuttgarter Verlagskontor SVK GmbH).

Exklusiv online bestellen und direkt herunterladen:

Digitale Schulungsmaterialien

Schulungsfolien, Schulungsmanual, Patientenbuch mit Arbeitsblättern
369,00 € | KI 50031



Preisänderungen vorbehalten.

MedTriX Group
we care for media solutions

In Kooperation mit:
FIDAM
FORSCHUNGSTITUT DIABETES

Bestehende Stärken bündeln und ausbauen

Kliniken Beelitz in Brandenburg: Therapieerfolg durch gute Vernetzung

BEELITZ-HEILSTÄTEN. Als erste Rehaklinik hat die Kliniken Beelitz GmbH 2016 von der DDG Brief und Siegel dafür bekommen, dass ihre drei neurologischen Rehabilitationseinrichtungen als „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ sind.

Als im Jahr 2015 feststand, dass sich auch Rehabilitationskliniken von der DDG bescheinigen lassen durften, dass Patienten mit Diabetes mellitus bei ihnen bestmöglich betreut werden, war für uns sofort klar: Das machen wir“, sagt JEANNETTE OBEREISENBUCHNER, Diabetesberaterin DDG. Ein Jahr später durften die Kliniken Beelitz erstmals das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ (heute: „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“) führen.

Galt die Zertifizierung zunächst für alle zur GmbH gehörenden Einrichtungen, kann seit 2025 jede der drei Kliniken mit einem eigenen Zertifikat aufwarten. „Letztlich war dies eine logische Konsequenz, da unser Diabeteskonzept von Anfang an ein für alle Einrichtungen gleiches Behandlungs- und Kontrollregime zur Diabetestherapie vorsah, also sowohl für die Neurologische Rehaklinik, das Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation und das Neurologische Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen und Parkinson“, erklärt Obereisenbuchner. Allerdings gingen die Einzelzertifizierungen nicht ohne zusätzlichen

Aufwand ab. So mussten Pflegekräfte nachgeschult werden, um die Anforderungen an das Zertifikat – eine in der Betreuung von Menschen mit Diabetes versierte Vollzeitkraft pro 20 Betten – erfüllen zu können.

Oft gestörte Glukosetoleranz bei neurologischen Patient*innen

Das Wissen um die bestehenden Stärken auf dem Gebiet der Diabetologie und der Wille, diese zu bündeln und zu fördern sowie vorhandene Strukturen effizienter, transparenter und einfacher zu gestalten, sei im gesamten Prozess wegbegleitend gewesen, erklärt Obereisenbuchner. Inzwischen ist das fächerübergreifende Diabeteskonzept ein integraler Bestandteil der neurologischen Behandlung und werde von allen beteiligten Ärzt*innen, Pflegekräften und Therapeut*innen mitgetragen. Obereisenbuchner ist dabei ein Bündeglied in der diabetologischen Betreuung, da sie die einzige Diabetesberaterin und standortübergreifend für alle drei Fachkliniken tätig ist.

Kurze Wege zwischen den Gebäuden erleichtern ihr die Arbeit. Zusammen mit dem Chefarzt der neurologischen Frührehabilitation, Dr. OLAF LÜCK, sowie Dr. CHRISTINE PROSKE, Oberärztin der Inneren Medizin, die beide die Zusatzbezeichnung Diabetolog*in DDG führen, bildet sie derzeit das Diabetes-Kernteam. Eine internistisch tätige Oberärztin absolviert zurzeit ihre Zusatzweiterbildung zur Diabetologin und soll das Team künftig verstärken.

»Diabeteskonzept wird von allen mitgetragen«



Das Beelitzer Team: hinten v.l.n.r.: Jeanette Wolf (Pflege), Dr. Olaf Lück, Dr. Christine Proske, Nicole Bäcker (Pflege), Dr. Katrin Schmidt, Jeannette Obereisenbuchner (Diabetesberaterin); vorne v.l.n.r.: Dean Strey, Matthias Bertram (beide Pflege).

nen Patient*innen einen Diabetes auf. Bei 57 der in der Parkinson-Klinik behandelten Patient*innen wurde die Erkrankung erst bei der stationären Aufnahme festgestellt.

„Ohne Screening hätten wir diese Patient*innen wahrscheinlich nicht herausgefiltert. So aber konnten wir die erforderliche Diabetesbehandlung schnell einleiten und die Blutzuckerspiegel stabilisieren“, betont Dr. Proske. Die Wahl der Therapiemaßnahmen hängt vom Gesundheitszustand und der nachfolgenden Behandlungssituation ab. „Häufig sind bei Patient*innen, die bereits bei Einweisung wegen eines Diabetes mellitus behandelt werden, Therapieanpassungen erforderlich“, so Dr. Proske. Es wäre wünschenswert, würde die Behandlung ambulant auf dem gesicherten Niveau weitergeführt. Dies sei leider nicht immer der Fall. Trotzdem steht für das Team außer Frage, dass es richtig war, das Konzept einer strukturierten und gesicherten Diabetestherapie einzuführen. Klar ist auch, dass man sich auf dem Zertifikat nicht ausruhen, sondern sich weiterentwickeln und die Behandlungen auf hohem Niveau stabilisieren will.

Petra Spielberg

Zum Therapieerfolg tragen Dr. Lück zufolge neben den Qualitätsstandards auf Basis des Diabeteskonzepts vor allem die gute Vernetzung und die unkomplizierte Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und pflegerischen Kräften bei.

Von einfacher Diabetestherapie kann keine Rede sein

Dies sei wichtig, weil aufgrund der Indikation und Schwere der behandelten neurologischen Krankheitsbilder von einer einfachen Diabetestherapie keine Rede sein könne. „Da neurologische Patient*innen häufig Auffälligkeiten im Stoffwechsel haben, ist oft auch ihre Glukosetoleranz gestört, sodass sie nicht selten einen Diabetes mellitus entwickeln.

Außerdem haben sie ein erhöhtes Risiko für Entgleisungen des Blutzuckerspiegels“, weiß Dr. Lück. 2024 wiesen knapp 23 % der in den Kliniken Beelitz aufgenomme-

STECKBRIEF

- **Ansiedlung Diabetologie:** in allen drei Kliniken
- **Anzahl der Patient*innen mit Diabetes mellitus (2024):** Neurologisches Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson: 296 von 1.847 aufgenommenen Patient*innen; Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation: 261 von 793 aufgenommenen Patient*innen; Neurologische Rehabilitationsklinik: 607 von 1.649 aufgenommenen Patient*innen
- **Anzahl der Mitarbeitenden im Diabetes-Kernteam:** ein Internist/Diabetologe, eine Internistin/Diabetologin, eine Internistin in Weiterbildung zur Diabetologin, eine Diabetesberaterin DDG, 51 diabetesversierte Pflegekräfte

Wenn der Zugang gefährdet ist

DGG fordert Qualitätsstandards für Dialyse-Zugänge bei Nierenleiden/Register und Zertifizierung

BERLIN. Einen Zugang für die Dialyse zu schaffen und zu erhalten, ist eine anspruchsvolle gefäßchirurgische Aufgabe. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) setzt sich dafür ein, dass dieser Eingriff und das Shunt-Management in spezialisierten und zertifizierten Zentren erfolgen.

Mehr als 100.000 Menschen sind laut deutschen Kassendaten derzeit dialysepflichtig, mit steigender Tendenz. Wie gut und lange ein für die Hämodialyse notwendiger Shunt funktioniert, hängt wesentlich von der Expertise des ausführenden Zentrums ab. Komplikationen sind bei einem aus Eigengewebe geform-

ten Shunt recht selten, bei künstlichen Prothesenhunts häufiger. Das höchste Infektionsrisiko besteht bei einem Dialysekatheter, der mit seiner Spitze im rechten Vorhof des Herzens platziert und durch die Haut nach außen geführt wird. „Ein Katheter gilt deshalb als letzte Option in der Dialyseversorgung, wenn die Anlage eines Shunts nicht möglich ist“, sagt Professorin Dr. WILMA SCHIERLING, Regensburg.

Das Deutsche Shuntregister: ein Werkzeug für mehr Sicherheit

Jede Komplikation, allen voran der Shuntverschluss, bedeutet für betroffene Menschen eine zusätzliche Belastung und geht oft mit einer

notfallmäßigen stationären Behandlung einher. Ein wichtiges Werkzeug zur Qualitätssicherung hat die DGG dieses Jahr zusammen mit anderen Fachgesellschaften an den Start gebracht: das Deutsche Shuntregister, in dem jeder neue Dialysezugang erfasst wird. Künftig werden so auch wissenschaftliche Analysen zur Ergebnisqualität möglich.

Bereits seit einigen Jahren arbeitet die DGG außerdem mit den Fachgesellschaften für Angiologie, Nephrologie und Radiologie zusammen und zertifiziert „Interdisziplinäre Zentren für Dialysezugänge“. Bislang haben bundesweit 39 Einrichtungen dieses Zertifikat erhalten – bei Weitem nicht genug, denn von einer flä-

chendeckenden und wohnortnahmen Versorgung ist Deutschland damit weit entfernt.

Damit das Netz ausgebaut werden kann und keine Mitglieder verliert, wünscht sich die DGG politische Unterstützung. „Was die Krankenhausreform für die Shunversorgung bringen wird, bleibt abzuwarten“, sagt DGG-Präsident Professor

Dr. FARZIN ADILI, Darmstadt. Die Tendenz sei, dass Eingriffe am Dialysezugang nur noch ambulant vorgenommen seien – was in der Praxis nicht realistisch sei. „Einheitliche Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen, fehlen jedoch.“

Insgesamt müsse die Vergütung der hochkomplexen Eingriffe dringend verbessert werden. Erste Zentren,

die sich auf die Behandlung von Dialysezugängen spezialisiert hätten, würden aufgrund mangelnder Rentabilität bereits schließen – ein Trend, den umzukehren es hoffentlich noch nicht zu spät sei. Red./DGG

Häufige Komplikationen

- Verschluss des Shunts
- zu hoher Blutfluss, der das Herz belastet und zu einer Minder-durchblutung der Hand führt
- Infektionen (bis zur Sepsis)



Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 21.10. bis 23.11.2025)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 0		
HELIOS Weißenitztal-Kliniken GmbH Klinikum Freital, Innere Medizin III/Klinik für Diabetologie	01705 Freital	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
MediClin Reha-Zentrum Spreewald, Innere Medizin, Kardiologie, Diabetologie, Angiologie	03096 Burg (Spreewald)	Diabeteszentrum DDG
Aesklepios Klinik Weißenfels, S6 Diabetologie	06667 Weißenfels	Diabeteszentrum DDG
PLZ 1		
Diabetesschwerpunktpraxis Dres. Fleige/Weissenborn	12357 Berlin	Diabeteszentrum DDG
PLZ 2		
Ubbo-Emmius-Klinik Aurich, Kinderklinik	26603 Aurich	Diabeteszentrum DDG
Klinikum Bremen-Nord, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	28755 Bremen	Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Augusta-Krankenhaus Düsseldorf	40472 Düsseldorf	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
St. Vinzenz-Krankenhaus	40477 Düsseldorf	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Marien Hospital Düsseldorf	40479 Düsseldorf	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetes-Zentrum Düsseldorf	40591 Düsseldorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 4		
St. Vinzenz-Hospital Dinslaken, Innere Medizin/Diabetologie	46535 Dinslaken	Diabeteszentrum DDG
Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Teutoburger Wald, Diabetes und Stoffwechsel	49214 Bad Rothenfelde	Diabeteszentrum DDG
PLZ 5		
Hiemer Feldmann	50858 Köln	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Gernot Wienkoop und Angela Wienkoop	53844 Troisdorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 6		
Ketteler Krankenhaus gGmbH	63071 Offenbach am Main	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 7		
medius Klinik Ostfildern-Ruit	73760 Ostfildern	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
PLZ 8		
Klinikum Dritter Orden, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	80638 München	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Fachklinik Gaißach, Zentrum für chronische Erkrankungen Kinder – Jugendliche – Eltern	83674 Gaißach	Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Praxis Medic-Center Stein Schloss	90449 Nürnberg	Diabeteszentrum DDG
Internistische Schwerpunktpraxis Erlangen	91052 Erlangen	Diabeteszentrum DDG

Aktualisiert: die Praxisempfehlungen

Jährlich legt die DDG ihre Praxisempfehlungen in einer aktualisierten Fassung vor

BERLIN. Jedes Jahr erscheinen in der zweiten Jahreshälfte die aktualisierten Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft – dieses Jahr sind sie mit dem 17. Dezember auf der Website der DDG zu finden. Außerdem erscheinen sie in einem Sonderheft.

In den Praxisempfehlungen wird kurz und prägnant das Wichtigste zum jeweiligen Thema zusammengefasst. Meist basieren die Praxisempfehlungen auf den evidenzbasierten Leitlinien und den evidenzbasierten

Nationalen VersorgungsLeitlinien der DDG und werden jährlich dem Stand der Wissenschaft angepasst.

In den rund 30 Empfehlungen wird die Diabetologie in ihrer ganzen Breite dargestellt und es spiegelt sich darin eindrucksvoll die Komplexität der Diabetesbehandlung wider. Die Themen reichen von „Klassifikation & Diagnostik“, „Therapie des Typ-1-Diabetes“ und „Therapie des Typ-2-Diabetes“ über „Diabetes im Alter“, „Diabetes & Sport“, „Diabetes & Fettleber“, Ernährungsempfehlungen für verschiedene Diabetesformen und zur Prävention bis hin zu „Diabetes im Krankenhaus“. Allen Praxisempfehlungen vorangestellt sind Infokästen mit den wichtigsten Änderungen gegenüber der vorherigen Fassung. Eine Gesamtausgabe der Praxisempfehlungen erscheint jährlich gedruckt als Sonderheft der Fachzeitschrift „Diabetes & Stoffwechsel“.

Alle Praxisleitlinien können hier eingesehen und heruntergeladen werden:
www.ddg.info/behandlung-leitlinien/leitlinien-praxisempfehlungen



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

Enes Esat Özoglu, Schliengen
Dr. Sabine Maria von Gawinski, Windeck
Dr. Matthias Werner, Worms
Bassel Abualnour, Bad Oeynhausen
Dr. Noor Abdulmahdi Taleb, Wittlich
George Mekhail, Geismar
Enriketa Oka, Viersen
Dr. Milan Misovic, Bayreuth
Dr. Daniel Wrobel, Bergkamen
Dr. Bi-Lin Schmidt, Karlsruhe



NEU
diabetes
zeitung digital

Neues Angebot – digital direkt
Dokumente, Videos und Links nutzen

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

Kürzlich ist ein neues Angebot gestartet, und zwar eine um viele Möglichkeiten erweiterte digitale Ausgabe Ihrer diabetes zeitung. DDG Mitglieder können direkt:

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

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

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



Angebote zur DDG Weiterbildung

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



Nutzen Sie die Möglichkeiten der Weiterbildung für Gesundheitsfachkräfte!

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

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

[www.ddg.info/
diabetesedukation](http://www.ddg.info/diabetesedukation)



[www.ddg.info/
mentoring-programm-ddg](http://www.ddg.info/mentoring-programm-ddg)



Diabetesedukation DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Freie Plätze für Aufbauqualifikation*		
Bochum BO 03	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Str. 27, 44879 Bochum ⌚ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 4: 05.01. – 16.01.2026 Modul 5: 23.03. – 27.03.2026 Modul 6: 20.04. – 01.05.2026 Modul 7: 06.07. – 17.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Traunstein TR 02	Diabetes-Akademie Südstbayern Haus St. Rupert, Rupprechtstr. 6, 83278 Traunstein ⌚ Tel.: 0861/30 90 713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	Modul 4: 02.03. – 06.03.2026 Modul 5: 08.06. – 19.06.2026 Modul 6: 13.07. – 24.07.2026 Modul 7: 21.09. – 25.09.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Rheine RH 08	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ⌚ Tel.: 05971/42-7319 ✉ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de www.afg-rheine.de	Modul 4: 16.03. – 27.03.2026 Modul 5: 18.05. – 22.05.2026 Modul 6: 20.07. – 31.07.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
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 4: 27.04. – 08.05.2026 Modul 5: 29.06. – 03.07.2026 Modul 6: 24.08. – 04.09.2026 Modul 7: 16.11. – 27.11.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*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
Regensburg RB 08	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ⌚ Tel.: 0941/5696-22, ✉ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 16.03. – 27.03.2026 Modul 2: 13.04. – 24.04.2026 Modul 3: 11.05. – 15.05.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 15.06. – 26.06.2026 Modul 5: 20.07. – 31.07.2026 Modul 6: 21.09. – 25.09.2026 + 09.11. – 13.11.2026 Modul 7: 14.09. – 18.09.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Hamburg HH 02	Diabetes-Akademie Nord Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg ⌚ Tel.: 040/324979 info@diabetes-schulungszentrum.org	Modul 1: 13.04. – 17.04.2026 Präsenz + 18.05. – 22.05.2026 online Modul 2: 22.06. – 26.06.2026 dual + 29.06. – 03.07.2026 Präsenz Modul 3: 17.08. – 21.08.2026 Präsenz →Abschluss Diabetesassistent*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine RH 12	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ⌚ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 20.04. – 30.04.2026 Modul 2: 15.06. – 26.06.2026 Modul 3: 17.08. – 21.08.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 05.10. – 16.10.2026 Modul 5: 30.11. – 04.12.2026 Modul 6: 25.01. – 05.02.2027 Modul 7: 05.04. – 16.04.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Jena JE 06	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ⌚ Tel.: 03641/93243-46 ✉ Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de www.diabetes-thueringen.de	Modul 1: 04.05. – 22.05.2026 Modul 2: 07.09. – 18.09.2026 Modul 3: 23.11. – 27.11.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Bochum BO 05	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ⌚ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 22.06. – 03.07.2026 Modul 2: 24.08. – 04.09.2026 Modul 3: 19.10. – 23.10.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 23.11. – 04.12.2026 Modul 5: 01.02. – 05.02.2027 Modul 6: 05.04. – 16.04.2027 Modul 7: 07.06. – 18.06.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Leipzig LP 03	Diabeteszentrum Leipzig e.V. Lützener Str. 145, 04179 Leipzig ⌚ Tel.: 0162-2182893 ✉ Fax: 0341-4424852 Diabeteszentrum.leipzig@web.de	Modul 1: 29.06. – 10.07.2026 Modul 2: 21.09. – 02.10.2026 Modul 3: 23.11. – 27.11.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Regensburg RB 09	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ⌚ Tel.: 0941/5696-22, ✉ Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Modul 1: 06.07. – 17.07.2026 Modul 2: 21.09. – 02.10.2026 Modul 3: 16.11. – 20.11.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 30.11. – 11.12.2026 Modul 5: 11.01. – 22.01.2027 Modul 6: 22.02. – 05.03.2027 Modul 7: 12.04. – 16.04.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Hamburg HH 03	Diabetes-Akademie Nord Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg ⌚ Tel.: 040/324979 info@diabetes-schulungszentrum.org	Modul 1: 24.08. – 28.08.2026 + 21.09. – 25.09.2026 Modul 2: 12.10. – 16.10.2026 + 23.11. – 27.11.2026 Modul 3: 14.12. – 18.12.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Rheine RH 13	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ⌚ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de/	Modul 1: 14.09. – 25.09.2026 Modul 2: 09.11. – 20.11.2026 Modul 3: 18.01. – 22.01.2027 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 08.03. – 19.03.2027 Modul 5: 18.05. – 22.05.2027 Modul 6: 28.06. – 09.07.2027 Modul 7: 23.08. – 03.09.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bad Mergentheim BMH 03	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim ⌚ Tel.: 07931/594 165 ✉ Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de www.diabetes-akademie.de	Modul 1: 14.09. – 25.09.2026 Modul 2: 11.01. – 22.01.2027 Modul 3: 23.11. – 27.11.2026 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 13.09. – 17.09.2027 Modul 5: 07.06. – 11.06.2027 + 20.09. – 24.09.2027 Modul 6: 12.07. – 23.07.2027 Modul 7: 08.03. – 19.03.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG

Fit für ...

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

- ➔ Fit für die Diabetesedukation DDG:

28. Januar 2026, 14–15 Uhr:

us02web.zoom.us/j/84431566365xt

- ➔ Fit für die Zertifizierung (Klinik mit Diabetes im Blick DDG): 18. Februar 2026, 14–15 Uhr:

<https://us02web.zoom.us/j/81406066689>



[www.ddg.info/
diabetesedukation](http://www.ddg.info/diabetesedukation)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Bochum BO_06	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 28.09. – 09.10.2026 Modul 2: 09.11. – 20.11.2026 Modul 3: 04.01. – 08.01.2027 →Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 08.03. – 19.03.2027 Modul 5: 10.05. – 14.05.2027 Modul 6: 26.07. – 06.08.2027 Modul 7: 27.09. – 08.10.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul →Abschluss Diabetesberater*in DDG

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

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

► Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_BW_13	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Lastraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	28.04. – 29.04.2026
BaQ_BK_08	ctt-Fortbildungszentrum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	28.04. – 29.04.2026
BaQ_RB_14	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	23.09. – 24.09.2026
BaQ_BW_14	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Lastraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	28.10. – 29.10.2026
BaQ_BK_09	ctt-Fortbildungszentrum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues ☎ Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	24.11. – 25.11.2026

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

► Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

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

Die Bewerbungsunterlagen sind an die Weiterbildungsstätte zu senden.

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

► Fuß- und Wundassistent*in DDG

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

Bilden Sie Ihr Assistenzpersonal weiter! Unterstützen Sie die Initiativen zur Versorgung des Diabetischen Fußes!

Weitere Informationen unter: ddg.info/qualifizierung

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Kurse nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG		
21	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 23.02. – 25.02.2026 (online) Block 2: 02.03. – 04.03.2026 (Präsenz)
59	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Mariensaal, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de , www.cid-direct.de	Block 1: 02.03. – 04.03.2026 (online) Block 2: 09.03. – 11.03.2026 (Präsenz)
60	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung Kursort: St. Vinzenz-Hospital, Mariensaal, Merheimer Str. 221-223, 50733 Köln ☎ Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de , www.cid-direct.de	Block 1: 31.08. – 02.09.2026 (online) Block 2: 07.09. – 09.09.2026 (Präsenz)
22	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 13.10. – 15.10.2026 (online) Block 2: 19.10. – 21.10.2026 (Präsenz)
28	Diabeteszentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07740 Jena ☎ Tel.: 03641/93243-46, Fax: 03641/93243-47 nadine.kuniss@med.uni-jena.de , www.diabetes-thueringen.de	Block 1: 11.11. – 13.11.2026 (online) Block 2: 18.11. – 20.11.2026 (Präsenz)

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

Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.

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

Fortbildungsangebot für qualifizierte Diabetesberater*innen mit Berufserfahrung

Diabetesberater*innen können sich über die DDG zum

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@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 08.12. – 09.12.2025 Block 2: 12.02. – 13.02.2026 (online) Block 3: 05.03. – 06.03.2026 Block 4: 16.04. – 17.04.2026 (online) Block 5: 21.05. – 22.05.2026
DC 05	KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 17.06. – 19.06.2026 Block 2: 16.07. – 17.07.2026 Block 3: 25.09.2026 Block 4: 15.10. – 16.10.2026 (online) Block 5: 19.12. – 20.12.2026
DC 06	KOOPERATION: Diabetes Akademie Bad Mergentheim UND Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de	Block 1: 02.12. – 04.12.2026 Block 2: 14.01. – 15.01.2027 Block 3: 04.03. – 05.03.2027 Block 4: 09.04.2027 (online) Block 5: 03.06. – 04.06.2027

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

► Adipositasberater*in DAG-DDG

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

Weiterbildungsort	Kurstermine
Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22 Fax: 0941/5696-38 info@katholischeakademie-regensburg.de www.katholischeakademie-regensburg.de	Kurs 9* : 26.02. – 27.02.2026 (online) + 04.03. – 06.03.2026 (Präsenz) Kurs 10* : 04.05. – 05.05.2026 (online) + 11.05. – 13.05.2026 (Präsenz)
Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971 42-7319 info@afg-rheine.de , www_afg_mathias_stiftung_de	Kurs 11* : 22.06. – 23.06.2026 (online) + 29.06. – 01.07.2026 (Präsenz) Kurs 12* : 03.12. – 04.12.2026 (online) + 07.12. – 09.12.2026 (Präsenz)
	Kurs 5 : 09.03. – 13.03.2026* Kurs 6 : 19.10. – 23.10.2026*

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

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

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

► Orthopädieschuhmacher*in DDG

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

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

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Fulda FU 03	IETEC-Akademie Bahnhofstraße 21, 36037 Fulda ☎ Tel.: 0661/380070 sarah.rieger@ietec.de ietec.de/Akadem	

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

Dessau-Roßlau, 12.11.2025

Ärzt*in (m/w/d) mit Interesse an Weiterbildung zum/r Diabetolog*in DDG und/oder ZB LÄK

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Städtisches Klinikum Dessau
- Adresse: Auenweg 38, 06847 Dessau-Roßlau
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Dahlenburg, 0340/5011275, diabetologie@klinikum-dessau.de
- Website: klinikum-dessau.de/karriere/arbeiten-im-klinikum/stellenangebote/aerztlicher-bereich

Endingen, 09.11.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Endingen
- Adresse: Marktplatz 17, 79346 Endingen
- Ansprechpartner: Dr. Ghassen Hamdi, 07642/5444, Bewerbung@diabeteszentrum-endingen.de
- Website: www.diabeteszentrum-endingen.de

Ruppach-Goldhausen, 07.11.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunkt und Hausarzt Praxis
- Adresse: Hauptstraße 34, 56412 Ruppach-Goldhausen
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Kann, 0172/9357992, dr.michael.kann@t-online.de
- Website: www.drkann.de

Hamburg, 05.11.2025

Sektionsleitung pädiatrische Diabetologie und Endokrinologie (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH
- Adresse: Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
- Ansprechpartnerin: Stefanie Lentz-Sagasser, 040/88908-501, stefanie.lentz-sagasser@kinderkrankenhaus.net
- Website: www.kinderkrankenhaus.net

Eningen unter Achalm, 01.11.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: MVZ I Dr. Rau & Kollegen
- Adresse: In der Raite 4, 72800 Eningen unter Achalm
- Ansprechpartner: Dr. Rau, bewerbung@hausarzt-eningen.de
- Website: www.hausarzt-ningen.de

Würzburg, 30.10.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: MVZ DiaMedicum Würzburg GmbH
- Adresse: Eichendorffstraße 12d, 97072 Würzburg
- Ansprechpartner: Dr. med. Paul Ammann, 0931/6666280, ammann@diamedicum.de
- Website: wuerzburg.diamedicum.de



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Berlin, 18.11.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologie Britzer Damm
- Adresse: Britzer Damm 63, 12347 Berlin
- Ansprechpartner: Tim Webhofer, 0151/70178505, tim.webhofer@mailbox.org
- Website: www.hausarztpraxis-britzer-damm.de

Marburg, 17.11.2025

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

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr Brinschwitz
- Adresse: Deutschhausstraße 40, 35037 Marburg
- Ansprechpartner: Dr. Mathias Brinschwitz, 0178/8283738, info@praxis-dr-brinschwitz.de
- Website: www.praxis-dr-brinschwitz.de

Leer, 11.11.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis am alten Handelshafen
- Adresse: Am alten Handelshafen 6, 26789 Leer
- Ansprechpartner: Dr. med. Markus Rohe, 0491/4545480, info@diabetologie-leer.de
- Website: www.diabetologie-leer.de

Euskirchen, 10.11.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.06.2026
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Petra Ferber/ Ania Roth
- Adresse: Bendenstraße 33, 53879 Euskirchen
- Ansprechpartner: Dr. med. Petra Ferber, 02251/5075, info@diabetes-eifel.de
- Website: www.diabetes-eifel.de

Wilhelmshaven, 04.11.2025

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gesundheitspraxis WHV
- Adresse: Preußenstraße 48D, 26388 Wilhelmshaven
- Ansprechpartner: Dr. med. Jenny Luong-Thanh, 0173/8154542, jenny.luonthanh@gmail.com
- Website: https://www.gesundheitspraxis.whv.de

Lehrte, 03.11.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxisteam Stomps & Martens
- Adresse: Burgdorfer Straße 19/21, 31275 Lehrte
- Ansprechpartner: Dr. Felix Martens, 0171/ 8336483, felix@stomps-martens.de

Köln, 30.10.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Ambulantes Centrum für Diabetologie
- Adresse: Merheimer Straße 217, 50733 Köln
- Ansprechpartner: Ellen Zavaleta, 0157/86077921, bewerbungen@diabetes-koeln-nippes.de
- Website: www.diabetes-koeln-nippes.de

Ochsenfurt, 28.10.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Gemeinschaftspraxis Dres. Swoboda & Schmidt
- Adresse: Am Greinberg 29, 97199 Ochsenfurt
- Ansprechpartner: Dr. med. Florian Swoboda, 09331/981980, dr.swoboda@diabetologie-ochsenfurt.de
- Website: www.diabetologie-ochsenfurt.de

STELLENGESUCHE

Leipzig, 10.11.2025

Weiterbildungsassistentin

- Ausbildung: Internistin ZB Diabetologin/Adiposilogin
- Einsatzort: Leipzig/Leipziger Umland
- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Ansprechpartner: Heike Hein, hein_heike@gmx.de

Direkt zu allen Stellengesuchen



NACHFOLGEGESUCHE

Nordrhein-Westfalen (Wesel), 23.10.2025

Hausärztliche Praxisleitung (w/m/d) mit Schwerpunkt Diabetologie

- Praxisbezeichnung: MVZ
- Adresse: 46485 Nordrhein-Westfalen (Wesel)
- Ansprechpartner: Christian Strauß, personalberatung@tadewald.de
- Website: www.tadewald.de

Direkt zu allen Nachfolgegesuchen



STELLENANGEBOTE

Münster, 28.10.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: St. Franziskus Hospital Münster
- Adresse: Hohenzollernring 70, 48145 Münster
- Ansprechpartner: Dr. med. Tobias Poeplau, 0251/935-3906, tobiasjohannes.poeplau@sfh-muenster.de
- Website: www.sfh-muenster.de/unser-kompetenzen/gastroenterologie-onkologie-diabetologie/diabetologie

Oberstaufen, 26.10.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Gabriela Buchholz
- Adresse: Lindauer Straße 12, 87534 Oberstaufen
- Ansprechpartner: Gabriela Buchholz, 08386/962000, praxis.buchholz@magenta.de
- Website: www.buchholz-staufen.de

Laupheim, 25.10.2025

Diabetesassistent*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Burgenmeister
- Adresse: Mittelstraße 19, 88471 Laupheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Daniel Burgenmeister, 0162/1691085, daniel.burgenmeister@dr-burgenmeister.de
- Website: www.praxis-burgenmeister.de

Kirchheim unter Teck, 24.10.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: befristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: medius KLINIKEN gGmbH
- Adresse: Charlottenstraße 10, 73230 Kirchheim unter Teck
- Ansprechpartner: Dr. med. Gabriele Götz, 07022/7822452, g.goetz@medius-kliniken.de
- Website: karriere.mediis-kliniken.de/jobposting/54bc963b3dc4ee918bf956646af7ae420544cb60

Direkt zu allen
Stellenangeboten



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

Stress und BZ-Werte: 50 Personen für Studie gesucht

Für eine Studie der Universitätsmedizin Mainz, Medizinische Psychologie, werden 50 Teilnehmende gesucht. Erforscht werden soll, wie sich ein Herzratenvariabilitäts-Biofeedbacktraining und ein Anti-Stressprogramm auf den Blutzucker auswirken. Wer Interesse hat, meldet sich unter 06131/39-31661, E-Mail: praedabetes@uni-mainz.de.

► Fortsetzung Weiterbildung & Qualifikation von Seite 28/29

► Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600 Euro, bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung.
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	Blended-Termine: 06/09.02.2026 (online) + 07/08.02.2026 10/13.04.2026 (online) + 11/12.04.2026 26/29.06.2026 (online) + 27/28.06.2026 04/07.09.2026 (online) + 05/06.09.2026 20/23.11.2026 (online) + 21/22.11.2026	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg Alle Präsenzstage im Tagungszentrum im Diakonissenkrankenhaus, Frölichstraße 17, Augsburg	750 Euro zzgl. MwSt. inkl. Seminarunterlagen. Für die Präsenzzeit müssen die Kosten für die Anfahrt und die Unterkunft selbst organisiert und finanziert werden.
willms.partner Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen Tel.: 0551/97974741 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Blended-Termine: 16.01.2026 (online) + 23./24.01.2026 27.02.2026 (online) + 13./14.03.2026 10.04.2026 (online) + 18./19.04.2026 05.06.2026 (online) + 13./14.06.2026	Präsenzkurse in Göttingen (Hotel Eden)	720 Euro Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen.
Dr. med. Katja Schaaf Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	Blended-Termine Schwerpunkt Pädiatrie: 14.01.2026 (online) + 24./25.01.2026 (Präsenz) + 11.02.2026 (online) 11.03.2026 (online) + 28./29.03.2026 (Präsenz) + 08.04.2026 (online) 27.05.2026 (online) + 13./14.06.2026 (Präsenz) + 24.06.2026 (online) 22.07.2026 (online) + 01./02.08.2026 (Präsenz) + 12.08.2026 (online) 26.08.2026 (online) + 05./06.09.2026 (Präsenz) + 16.09.2026 (online)	Elisabeth-Krankenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750 Euro zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen.

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

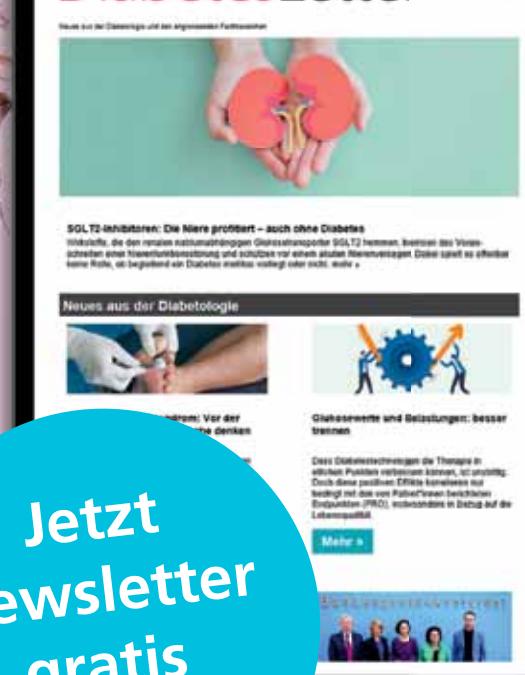
► Fachpsycholog*in DDG

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

Behalten Sie den Durchblick in der Diabetologie.

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

DiabetesLetter



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 – eine der Jubiläumsaktionen: #DiabetesImGriff. Über zehn Wochen haben sich motivierte und engagierte Diabetesteams aus DDG zertifizierten Einrichtungen vorgestellt und erklärt, warum sie jeden Tag den #DiabetesImGriff haben. Lassen Sie sich davon inspirieren!



DGD Krankenhaus Sachsenhausen – Diabetologie

- Ursprung: 1895 gründet Professor Carl von Noorden in der Schifferstraße des Frankfurter Stadtteils Sachsenhausen die „Privatklinik für Zuckerkranke und diätetische Kuren“.
- Heute ist die Diabetologie im DGD Krankenhaus Sachsenhausen als stationäre

- Behandlungseinrichtung für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes und mit Diabetischem Fußsyndrom zertifiziert.
- Menschen mit Diabetes kommen in die Sachsenhausener Klinik zur Akuttherapie, zur stationären Schulung, zur Insulinpumpeneinstellung, zur Behandlung

eines DFS. Außerdem werden Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes versorgt.

Weitere Informationen:

 www.krankenhaus-sachsenhausen.de/medizinische-fachbereiche/diabetologie-endokrinologie



+++ Die nächste Ausgabe der diabetes zeitung erscheint am 18. Februar +++