



Fotos: guukaa – stock.adobe.com, Julien Eichinger – stock.adobe.com, Mehmet Kalkan/gettyimages

Die Bundestagswahl rückt unaufhaltsam näher. Was haben die einzelnen Parteien gesundheitspolitisch vor – und was bedeutet das für die Diabetologie? Danach haben wir SPD, CDU/CSU, Grüne, FDP, Linke, BSW und AfD gefragt und natürlich in die Wahlprogramme geschaut. Eine weitere spannende Frage ist: Was müsste sich nach Meinung der DDG ändern und verbessern? Antworten finden sich in der neuen Agenda Diabetologie 2030 der DDG; Antworten geben auch DDG Präsident Prof. Dr. Andreas Fritsche und DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer, die zugleich für das Wissenschaftsbündnis DANK spricht. Das Interview mit den beiden ist – in ausführlicherer Form – auch als Podcast erschienen. **8/9**

Acht Ausgaben voller Information

BERLIN/WIESBADEN. Künftig wird die diabetes zeitung mit acht statt zehn Ausgaben pro Jahr erscheinen und selbstverständlich wie gewohnt umfassend über Wichtiges aus Diabetologie und Gesundheitspolitik berichten. Im Jahr 2025 erscheint die Zeitung in den Monaten Februar, April, Mai, Juli, September, Oktober, November und Dezember.

Pauschalen ohne Ausnahme?

Diskussion um Versorgungs- und Vorhaltepauschalen für DSP hält an

BERLIN. Kurz vor Schluss wird es noch einmal spannend für Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP), denn Teile des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) wurden nun doch noch verabschiedet. Problematisch dabei: Eine

Ausnahmeregelung bezüglich der Versorgungspauschalen, die dafür gesorgt hätte, dass nicht nur eine einzige Praxis diese Pauschale abrechnen darf, ist im Gesetzestext nicht enthalten. Gleiches gilt für die Vorhaltepauschale. Mit einem Protest vor dem Bun-

desgesundheitsministerium und über 90.000 Unterschriften hatten sich BVND, DDG und Partnerorganisationen im Herbst 2024 vehement und vermeintlich erfolgreich für genau diese Ausnahmeregelung eingesetzt. Allerdings kommt es für die DSP doch

nicht so schlimm wie erst befürchtet; die Betreuung von Menschen mit Diabetes und hohem Betreuungsbedarf ist wohl gesichert. Die genaue Ausgestaltung des Gesetzes übernimmt nun der Bewertungsausschuss; Klärungsbedarf besteht aber weiterhin. **4**

Bessere Schuhe für Menschen mit DFS

BERLIN. In der Ausbildung von Orthopädienschuhmacher*innen (OSM) spielt die Versorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) nur eine untergeordnete Rolle. Eine neue Fortbildung der DDG vermittelt deshalb umfassendes medizinisches, technisches und psychosoziales Wissen. Das Ziel: die Schuhversorgung verbessern. **6**

MedTriX^{Group}

Hybrid-AID schlägt SUP

Nur das Ketoazidose-Risiko bei Hybrid-AID gibt Anlass zur Sorge

AACHEN. Automatisierte Insulin dosierung (AID) oder sensorunterstützte Pumpentherapie (SUP): Welches System wirkt sich wie auf potenziell lebensbedrohliche

Diabetes-Akutkomplikationen aus? Dies wurde in einer Bevölkerungsstudie untersucht, Basis dafür war die Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV). Klar

ist: Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes gelingt die Glukosekontrolle mit Hybrid-AID besser als mit der SUP, so das Fazit der For-

schenden um Prof. Dr. Beate Karges. Aber: Bei Anwendung von Hybrid-AID gibt es ein erhöhtes Ketoazidoserisiko; den Gründen dafür muss nachgegangen werden. **22**

Seite 5 Brückenschlag zur Zahnmedizin

BERLIN. Über die Zusammenhänge zwischen Diabetes und Parodontitis aufzuklären und die Versorgung zu verbessern, ist Ziel einer neuen Leitlinie von DDG, DG Paro und DGZMK.

Seite 19 Ich sehe was, was du nicht spürst

LONDON. In der HYPO-Metrics-Studie wurden Häufigkeit und Dauer von CGM-detektierten Hypoglykämien geprüft und nach der Korrelation mit subjektiven Symptomen geschaut.

Seite 24 Bessere Outcomes dank Technik

ADELAIDE. Wie hat sich die Behandlungsqualität bei Kindern und Jugendlichen entwickelt? Das HbA_{1c} ist gesunken, die Pumpennutzung gestiegen, aber es sind noch Fragen offen ...



Stellschrauben, die viel ermöglichen

HANNOVER. Die AG Nachwuchs hat ehrgeizige Ziele, wie sich im Gespräch mit Jasmin von Zezschwitz und Alessandro Falcone eindrucksvoll zeigt. Natürlich ist es ihnen wichtig, junge Menschen für die Diabetologie zu begeistern, aber auch die Prävention spielt eine große Rolle. Wie kann es gelingen, sowohl den möglichen diabetologischen Nachwuchs als auch die Bevölkerung anzusprechen? Dazu gibt es interessante Ideen. **17**

»Egal, wie die Wahl ausgeht: die DDG bleibt dran«

Ein Überblick über die Pläne der Parteien und die Positionen der DDG

News & Fakten

Versorgungspauschalen/Umsetzung des GVSG; neue S2k-Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“; neue Fortbildung Orthopädieschuhmacher*in DDG; Vorstand diabetesDE neu gewählt; Interview zur Bundestagswahl mit Prof. Dr. Andreas Fritsche und Barbara Bitzer; die Positionen der Parteien; Martrücknahme Insulin detemir: ein Problem für sportlich Aktive; Vorschlag für erweiterte Adipositas-Diagnostik; Neues aus der Diabetesforschung 4–12

Kongress aktuell

Diabetes Herbsttagung: Forschungsfeld GLP1-RA; Sport und Fitness für Menschen mit Diabetes; Lotsen für den DFS-Versorgungsdschungel; Diabetes Kongress: Wechselbeziehungen zwischen Emotionen und Essverhalten; Jahrestagung AG Diabetischer Fuß im Februar . 13–16, 18

Das Interview

Jasmin von Zezschwitz u. Alessandro Falcone (AG Nachwuchs) über Nachwuchsgewinnung, Prävention und den Reiz der Diabetologie 17

Forum Literatur

CGM deckt Unterzuckererepisoden auf; Hybrid-AID schlägt SUP bei Kindern und Jugendlichen; bessere Outcomes dank Diabetestechnik bei Heranwachsenden 19, 22, 24

Medizin & Markt

Berichte aus der Industrie 20

Im Blickpunkt

Nachruf Prof. Dr. Arnold Hasselblatt; Nachruf Dr. Dagobert Wiemann; zertifiziertes Zentrum: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Reuter-Ehrlich, Dr. Schramm, Dr. Windisch; Zertifizierungsmodul verpflichtend für Diabetes Exzellenzzentren DDG; DDG Medienpreis; Reisestipendien Diabetes Kongress ... 21–22, 25–26

Kurznachrichten

Neu oder rezertifizierte Arztpraxen und Kliniken; neue Diabetologinnen und Diabetologen 27

Weiterbildung & Qualifikation

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

Job- & Praxenbörse

Stellenangebote, Nachfolger gesucht 30–31

Buntes

Liebe Leserinnen und Leser,

nur wenige Tage nach Erscheinen dieser Ausgabe findet die Wahl zum Deutschen Bundestag statt. Der Ausgang der Wahl wird auch darüber entscheiden, wie zukünftig die Gesundheitsversorgung und damit die Versorgung von Menschen mit Diabetes gestaltet werden wird. Die **diabetes zeitung** hat deshalb bei den Parteien nachgefragt, wie sie zu den Wahlprüfsteinen der DDG stehen. Aber egal, wie die Wahl ausgeht: Die DDG wird natürlich weiter ihre Ziele für eine bessere Versorgung verfolgen, dafür kämpfen, dass Fachgesellschaften stärker eingebunden werden und genau hinschauen, wenn Reformen und Gesetzesänderungen anstehen bzw. umgesetzt werden. Lesen Sie mehr über das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), die Positionen der DDG und die Pläne der Parteien auf den Seiten 4, 8 und 9.

»Neues Fortbildungsangebot der DDG«

Die DDG selbst tut z. B. durch ihre Fort- und Weiterbildungsangebote viel, um die Versorgung von Menschen mit Diabetes zu verbessern. Nun ist mit der Orthopädieschuhmacher*in DDG eine neue Fortbildung hinzugekommen. In der Fortbildung wird umfassendes medizinisches, technisches und psychosoziales Wissen zum Diabetischen Fußsyndrom vermittelt – das soll helfen, die Schuhversorgung zu verbessern. Alle Informationen dazu finden Sie auf Seite 6.

»Zwei neue Studien zum Einfluss der Technologie«

Hybride automatisierte Insulindosierung (Hybrid-AID) und sensorunterstützte Pumpentherapie (SUP): Wie wirken sich diese beiden Therapieformen auf seltene, aber potenziell



Prof. Dr. Andreas Fritsche
Präsident der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Foto: Universitätsklinikum Tübingen

lebensbedrohliche Akutkomplikationen aus? Das hat DDG Vorstandsmitglied Professor Dr. Beate Karges aus Aachen mit ihrem Team untersucht. In einer weiteren Studie geht es darum, wie die Nutzung von Diabetestechnik die Stoffwechsellage und die Komplikationsrate bei Kindern und Jugendlichen beeinflusst. Die Ergebnisse aus beiden Studien werden vorgestellt auf den Seiten 22 und 24.

»Marktrücknahme betrifft sportlich aktive Menschen«

Schon in Ausgabe 12 der **diabetes zeitung** wurde über die Marktrücknahme von Insulin detemir berichtet und Hinweise für die

Umstellung auf andere Insuline gegeben. In dieser Ausgabe geht es nun konkret um körperlich sehr aktive Menschen, die für ihre intensivierete Insulintherapie (ICT) Insulin detemir nutzen. Mehr über die Hintergründe erfahren Sie auf Seite 10.

Zum Schluss noch zwei Hinweise:

Reisestipendien für den Diabetes Kongress: Noch bis zum 28. Februar können sich junge Menschen bewerben – mehr auf Seite 26.

diabetes zeitung: Auch 2025 wird die dz wie gewohnt umfassend über wichtige Themen aus Diabetologie und Gesundheitspolitik berichten – allerdings wird dies künftig in acht statt zehn Ausgaben geschehen.

Ganz herzlich Ihr

Prof. Dr. Andreas Fritsche

**diabetes
zeitung**

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

Verlag: MedTriX GmbH

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

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung: Stephan Kröck, Markus Zobel

Gesamtreaktionsleitung Deutschland: Günter Nuber

Herausgeberschaft:
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
Albrechtstr. 9, 10117 Berlin
Präsident: Prof. Dr. Andreas Fritsche
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 Szendrői, Dr. Tobias Wiesner

Vertretung der angrenzenden Fachgebiete:

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

Koordination in der DDG Geschäftsstelle:

Franziska Fey
Produktionsleitung Deutschland: Ninette Grabinger
Teamleitung Layout: Andrea Schmuck
Layout: Ramona Achhammer, Christina Mähler,
Beate Scholz, Mira Vetter

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung:

Björn Lindenau

Verkauf: Josef Hakam, Lukas Koch, Christiane Schlenger

Teamleitung Media:

Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121,

Anzeigen:
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123

Telefax: 0611 9746 480-112

E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen-Preisliste Nr. 10 vom 1.1.2025

Teamleitung Vertrieb:

Birgit Höflmair

Vertrieb und Abonnentenservice:

E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG

Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 47, Studenten € 36,50

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

Konto: HVB / UniCredit Bank AG

IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62, BIC: HYVEDE3333

ISSN 2367-2579

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden

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



Die Mitglieder der Deutschen Diabetes Gesellschaft erhalten

das Heft im Rahmen ihres Mitgliedsbeitrages.

Mit der 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 Vervielfälti-

gung, 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



Was kann zu einer effektiven Blutzuckerkontrolle beitragen? **Awiqli®¹ – das Wocheninsulin.**



Jetzt QR-Code scannen und
mehr über Awiqli® erfahren.

DE25AWQ00008

¹Fachinformation Awiqli®, aktueller Stand

Awiqli® 700 Einheiten/ml Injektionslösung im Fertigpen. *Wirkstoff:* Insulin icodec. **Zusammensetzung:** *Arzneilich wirksamer Bestandteil:* 700 Einheiten/ml Insulin icodec, hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae*. *Sonstige Bestandteile:* Glycerol, Metacresol, Phenol, Zinkacetat, Natriumchlorid, Salzsäure (zur Einstellung des pH-Werts), Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung des Diabetes mellitus bei Erwachsenen. **Art der Anwendung:** Awiqli® ist ein Basalinsulin zur einmal wöchentlichen Verabreichung. Die Verabreichung sollte immer am gleichen Wochentag erfolgen. Zur subkutanen Injektion in das Abdomen, den Oberschenkel oder den Oberarm. Awiqli® darf nicht intravenös angewendet werden, da dies zu schweren Hypoglykämien führen kann. Awiqli® darf nicht intramuskulär angewendet werden, da sich dadurch die Resorption verändern kann. Awiqli® darf nicht aus der Patrone des Fertigpens in eine Spritze aufgezogen werden. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 muss dieses Arzneimittel mit Bolusinsulin kombiniert werden. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 kann dieses Arzneimittel sowohl allein als auch in jeder Kombination mit oralen Antidiabetika, GLP-1-Rezeptoragonisten und Bolusinsulin angewendet werden. Wenn Insulin icodec zusätzlich zu Sulfonylharnstoffen angewendet wird, sollte eine Beendigung der Therapie mit Sulfonylharnstoffen oder eine Reduktion der Sulfonylharnstoff-Dosis in Betracht gezogen werden. Awiqli® ist nicht für Patienten geeignet, die neu mit Typ 1 Diabetes diagnostiziert wurden. Patienten mit Typ 2 Diabetes: Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 70 Einheiten, gefolgt von einer individuellen Dosisanpassung. Bei der Umstellung von täglich verabreichtem Basalinsulin entspricht die empfohlene Dosis Awiqli® der täglichen Basalinsulin-Gesamtdosis multipliziert mit 7. Für die erste Injektion (Dosis in Woche 1) wird eine zusätzliche einmalige Aufsättigungsdosis von 50 % Awiqli® empfohlen, falls ein schnelleres Erreichen der Blutzuckerkontrolle angestrebt wird. Für Patienten mit Typ 1 Diabetes wird diese Dosis immer empfohlen (nur für die erste Injektion). Die einmalige Aufsättigungsdosis darf ab der zweiten Injektion nicht mehr gegeben werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Insulin icodec oder einen der sonstigen Bestandteile. Vorsicht bei der Kombination mit Pioglitazon (Spontanmeldungen von Herzinsuffizienz). Nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit anwenden. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Verwenden Sie nur klare, farblose Lösung. Darf nur von einer Person verwendet werden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypoglykämie. Häufig: Reaktionen an der Injektionsstelle (blaue Flecken, Blutungen, Schmerzen oder Unbehagen, Rötungen, Schwellungen oder Juckreiz; Peripheres Ödem (Schwellungen aufgrund von Flüssigkeitseinlagerungen). Gelegentlich: Überempfindlichkeitsreaktionen (Unwohlsein, Atembeschwerden, Herzrasen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, lokale Reaktionen, Schwitzen, Bewusstlosigkeit). Selten: Lipodystrophie (Lipoatrophie, Lipohypertrophie, kutane Amyloidose). **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd, Dänemark.** **Stand:** Mai 2024

Awiqli® ist eine eingetragene Marke der Novo Nordisk A/S, Dänemark.



1x PRO
WOCHEN **Awiqli®**
Insulin icodec
Injektion 700 E/ml

Mini-GVSG: Gefahr für DSP gebannt?

Diabetesorganisationen wehren sich weiter gegen politischen Schnellschuss

BERLIN. Erst im Dezember war die Diabetologie geschlossen mit einer Petition und 90.000 Unterschriften vors BMG gezogen – gegen eine Regelung im GVSG, die alle Schwerpunktpraxen bedrohte. Der Protest schien erfolgreich; das Gesetz sollte umformuliert werden. Zunächst tauchte in der Neufassung des Mini-GVSG-Entwurfs wieder die alte Version auf, die inzwischen aber modifiziert ist – zugunsten der DSP. Mitte März entscheidet der Bewertungsausschuss, wie es genau weitergeht.

Zum Jahreswechsel 2024/2025 konnten die niedergelassenen Diabetolog*innen noch auf ihren Durchbruch anstoßen: Die umstrittenen Passagen im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) zur Chroniker- und Vorsorgepauschale waren vom Tisch. Dann aber hatte die Rumpfkoalition aus SPD und Grünen gemeinsam mit der FDP überraschend angekündigt, Teile des GVSG per Eilverfahren doch noch in dieser Legislaturperiode verabschieden zu wollen.

Wer bekommt die Versorgungspauschale?

Während sich die Hausärzt*innen über die eingebrachte Entbudgetierung sowie Versorgungs- und Vorhaltpauschale freuten, fühlten sich die Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) erneut aufs Glatteis geführt. Denn für die mitversorgenden spezialisierten Praxen waren diese Neuregelungen problematisch: Menschen mit Diabetes, die in einer DSP betreut werden, sind meist auch in hausärztlicher Behandlung. Die Hausarztpraxis sollte dann also die Versorgungspauschale einma-

lig abrechnen, die Schwerpunktpraxis wäre leer ausgegangen. Eine entsprechende Ausnahmeregelung hätte hingegen dafür gesorgt, dass nicht nur eine einzige Praxis diese Pauschale abrechnen darf. Gleiches galt für die Vorhaltpauschale. So weit war man eigentlich schon. Denn sowohl das BMG als auch die zuständigen Politiker*innen hätten anlässlich der Petition und der öffentlichen Anhörung zugesichert, „dass die Bedürfnisse von chronisch Erkrankten und uns Ärztinnen und Ärzten, die diese versorgen, gehört

und bei der Gesetzgebung berücksichtigt werden“, ärgerte sich der BVND-Vorsitzende TORALF SCHWARZ. Es gehe um die Existenz der DSP und um mehr als neun Millionen Menschen mit Diabetes.

DSP müssen Existenzfrage nicht mehr stellen

Die Abstimmung im Bundestag erfolgte in den Nachtstunden, Ende Januar wurde der neue GVSG-Entwurf damit verabschiedet. Aufatmen in der Diabetologie: „Es ist nicht so schlimm gekommen, wie es schien, nämlich dass Diabetespatient*innen mit hohem Betreuungsbedarf in den Schwerpunktpraxen untergehen“, so Dr. TOBIAS WIESNER, niedergelassener Diabetologe aus Leipzig, der sowohl im Vorstand der DDG

als auch des BVND Mitglied ist. Die Betreuung dieser Patient*innen sei gesichert. Für sie werde man die bekannten Quartalspauschalen abrechnen können.

Die genaue Ausgestaltung zum Mini-GVSG übernimmt allerdings der Bewertungsausschuss. „Daher bleibt ein Unsicherheitsfaktor bestehen“, so Dr. Wiesner.

„Nicht morbide Kranke“ – Wer ist das?

Denn es stellt sich weiter die Frage: Was sind Erkrankungen, die keinen Betreuungsbedarf haben? „Die Aufgabe ist also nicht zu definieren: Wer ist morbide krank, sondern: Wer ist nicht morbide krank und fällt deshalb in die Versorgungspauschale?“, erklärt Dr. Wiesner.

Im Gesetzentwurf gebe es noch zwei weitere Unterpunkte. Zum einen die Versorgung über die (Halb-)Jahrespauschale eines kleinen Teils der chronisch Kranken, der sogenannten „Mono-Chroniker“. Das sind Menschen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, nur ein Medikament einnehmen und bei denen kein intensiver Betreuungsbedarf besteht. Berechnungen gehen hier von etwa 1,5 Millionen Patient*innen aus, das sind je Arztpraxis ungefähr 10 bis 15 pro Quartal. Zum anderen bleibt unklar, in welche Gruppe diese Betroffenen fallen, wenn sich aufgrund der Nichtbetreuung eine Verschlechterung ihres Allgemeinzustands bzw. der Patient Related Outcomes einstellt.

„Es fehlt noch einiges an Ausgestaltung. DDG als auch BVND müssen daher im Gespräch bleiben, auch mit allen anderen Fachgruppen, vor allem mit dem Hausärztinnen- und Hausärzterverband“, betont Dr. Wiesner.

Angela Monecke

Wie geht es weiter? Der Bewertungsausschuss ist am Zug!

Das neue Mini-GVSG hat in der Diabetologie zunächst hohe Wellen geschlagen. Inzwischen ist die Abstimmung im Bundestag dazu erfolgt. Die Neufassung des Gesetzentwurfes enthält nun allerdings weitere Formulierungen, die alles andere als klar sind. Der Bewertungsausschuss wird voraussichtlich Mitte März über die weitere Ausgestaltung der Gesetzesvorlage entscheiden. Wir halten Sie auf dem Laufenden.



Mit Trillerpfeifen, Plakaten und äußerst entschlossen zogen Mitte September der BVND und seine Partner vor das Bundesgesundheitsministerium, um Nachbesserungen am GVSG einzufordern. Vorne links: Dr. Iris Dötsch (Vorstand BVND) und Dr. Tobias Wiesner (Vorstand BVND und DDG), vorne mit Plakat: Nicole Mattig-Fabian (diabetesDE), hinter ihr in roter Jacke Sabrina Vité (Gesundheitspolitik DDG). Mit dabei hatten sie Listen mit über 90.000 im Rahmen einer Petition gesammelten Unterschriften.

Foto: DDG/Dirk Deckbar

»Einzelne Formulierungen noch klären«

Wohin steuern die Schwerpunktpraxen?

Union interessiert sich für ambulante Diabetologie und befragt die Bundesregierung

BERLIN. „Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zum Erhalt der Attraktivität der Arbeit in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis?“ So lautet eine von 14 Fragen, die die CDU/CSU-Fraktion in einer Kleinen Anfrage im Dezember 2024 der Bundesregierung stellte. Deren Antworten liegen jetzt vor.

Ohne weitere Maßnahmen“, so die Einschätzung der Fragesteller von CDU/CSU, „bewegen wir uns auf einen Mangel an diabetologischen Schwerpunktpraxen zu – und das bei einer prognostizierten Verdoppelung der Diabetesprävalenz bis 2050.“ Auch die Bundesregierung betont, dass die diabetologi-

schen Schwerpunktpraxen (DSP) insbesondere für die Betreuung von Menschen mit Typ-1-, aber auch von Menschen mit Typ-2-Diabetes maßgeblich sind. Beispielsweise wurden 2023 im Bereich der KV Nordrhein circa 89% der Patient*innen mit Typ-1-Diabetes, die an einem DMP teilnahmen, in einer DSP betreut oder mitbetreut. Für Menschen mit Typ-2-Diabetes spielten die Praxen vor allem aufgrund des Schulungsangebots sowie bei Prävention und Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und notwendiger Therapieanpassungen eine entscheidende Rolle. Patientenschulungen würden zunehmend von Schwerpunktpraxen angeboten, weiß die Regierung.

Zur Vergütungssituation der DSP „kann“ die Bundesregierung nach eigener Feststellung keine Bewertung vornehmen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) habe lediglich die Rechtsaufsicht über die Beschlüsse des Bewertungsausschusses. „Die Höhe der Vergütung ist ausschließlich eine fachliche Frage und obliegt somit nicht der Überprüfung des BMG.“ Laut KBV ist die Altersstruktur von Ärzt*innen mit der Zusatzweiterbil-

»Keine Bewertung der Vergütung«

dung (ZWB) Diabetologie mit der aller vertragsärztlich bzw. -psychotherapeutisch Tätigen vergleichbar. Ende Dezember 2023 lag das Durchschnittsalter in dieser Gruppe bei 55,4 Jahren (Gesamtärzteschaft: 54,1 Jahre). 32,7% waren 60 Jahre und älter (Gesamtärzteschaft: 33,2%).

DDG und BVND erfreut das politische Interesse an den DSP

Erheblich jünger als die Gesamtärzteschaft sind die Fachärzt*innen für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie (aktuell im Schnitt 49,6 Jahre). Der Anteil der über 60-Jährigen beträgt lediglich 11,6%. Diese Gruppe ist mit aktuell 154 Personen

allerdings erheblich kleiner als die mit der ZWB Diabetologie. DDG und BVND habe die Anfrage der Union überrascht, kommentiert der Leipziger Diabetologe Dr. TOBIAS WIESNER, Mitglied in beiden Vorständen, den Vorstoß. Man freue sich allerdings, dass es Parteien gebe, die die Diabetologie und die Diabetesversorgung wieder auf die politische Agenda heben. Zu den von der Union angefragten Maßnahmen, wie die Arbeit der Diabetolog*innen attraktiver gemacht werden könne, fiel die Antwort der Bundesregierung jedoch sehr kurz aus. Im Hinblick auf die bevorstehenden Neuwahlen könne hierzu derzeit keine Aussage getroffen werden, hieß es. amo/REI

Brückenschlag zwischen Diabetologie und Zahnmedizin

Neue Leitlinie als Baustein für eine verbesserte Zusammenarbeit

BERLIN. Über die Zusammenhänge von Parodontitis und Diabetes aufzuklären und die Versorgung zu verbessern, ist Ziel der neuen S2k-Leitlinie.

Das zahnärztliche Team sollte eine Rolle bei Screening/Erkennung eines erhöhten Diabetesrisikos und der Identifizierung unerkannter Diabetesfälle spielen. Ärzt*innen sollten über parodontale Erkrankungen und deren Implikationen für die Blutzuckerkontrolle und Komplikationen bei Diabetes informiert sein. Die Leitlinie (Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG Paro), DDG, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)) gibt konsensbasierte Empfehlungen für das ärztliche und zahnärztliche Team sowie für Menschen mit Diabetes und/oder Parodontitis.

Gesundheitspass Diabetes als ideales Medium

„Es handelt sich um die erste Leitlinie der AWMF, die gemeinsam von zahnmedizinischen und einer medizinischen Fachgesellschaft entwickelt worden ist“, so Professor Dr. med. Dr. med. dent. SØREN JEPSEN, Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde am Universitätsklinikum Bonn. „Wir erhoffen uns eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Prävention, Früherkennung und Therapie dieser beiden Volkskrankheiten. In der Zukunft wird eine Aktualisierung der Leitlinie voraussichtlich auf S3-Niveau erfolgen.“ Professor Dr. med. THOMAS HAAK, Chefarzt am Diabetes Zentrum Mergentheim, hat an der Leitlinie für die DDG mitgearbeitet und ergänzt: „Damit einerseits wichtige Informationen zwischen Arzt und

Zahnarzt ausgetauscht werden können und andererseits Patientinnen und Patienten an das Parodontitis-Screening als Vorsorgemaßnahme erinnert werden, ist der Gesundheitspass Diabetes ein ideales Medium. Umso mehr freut es mich, dass der Hinweis auf die mindestens einmal jährliche zahnärztliche Vor-

stellung als Vorsorgeempfehlung in den Gesundheitspass Diabetes aufgenommen wurde.“ „Diese Leitlinie wird dazu beitragen, die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin erheblich zu verstärken. Die Implementierung dieser Leitlinie ist zudem der erste und wichtige Schritt für die zahn-

ärztliche Praxis der Zukunft, welche sicher einen wichtigen präventiven Beitrag hinsichtlich Vermeidung und Management systemischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus, inklusive Folge- und Begleiterkrankungen, leisten kann“, so Professor Dr. med. dent. HENRIK DOMMISCH, DG PARO-Präsident und Direktor

der Abt. für Parodontologie, Oralmedizin und Oralchirurgie, Charité – Universitätsmedizin Berlin. DDG

Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“

register.awmf.org



Dank der neuen Leitlinie intensiviert sich künftig die Zusammenarbeit.

Foto: treety - stock.adobe.com

FÜR IHRE PATIENT:INNEN MIT TYP-2-DIABETES GEHT'S

HOCH HINAUS

DANK ÜBERRAGENDER ERGEBNISSE.

1 x wöchentlich

mounjaro®

Tirzepatid

Jetzt verfügbar:
Der Mounjaro® KwikPen®

Auch zur Behandlung von Adipositas zugelassen.¹

Ein einzelnes Molekül, das sowohl

GIP- als auch GLP-1-

Rezeptoren aktiviert¹

Überlegene HbA_{1c}-Reduktion¹

Bis zu
-2,5%

HbA_{1c}-Reduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen^{1,a}

Überlegene Gewichtsreduktion^{1,b}

Bis zu
-13%

Gewichtsreduktion mit Mounjaro® 15 mg nach 40 Wochen^{2,c}

Jetzt mit Mounjaro® starten.

Mehr Informationen zur Dosierung und Anwendung.



Medizin trifft Zahnmedizin

Im Podcast „Medizin trifft Zahnmedizin“ steht der offene Austausch zwischen den Fachdisziplinen im Vordergrund. Gäste aus der Diabetologie waren bisher Professor Dr. Thomas Ebert und Professor Dr. Erhard Siegel. Die Zusammenhänge zwischen Diabetes und Mundgesundheit sind immer wieder Thema – z.B. in der Folge „Warum Parodontitis uns krank machen kann“.



Mounjaro® (Tirzepatid) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus sowie als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung.¹

a) Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. b) Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.² c) Bezogen auf den Ausgangswert.² Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.²

1. Fachinformation Mounjaro® (aktueller Stand). 2. Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021 Aug 5; 385(6): 503-515.

Bezeichnung der/s Arzneimittel/s: Mounjaro® 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 2,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 7,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 10 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 12,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen, Mounjaro® 15 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertigpen. **Zusammensetzung:** Durchstechflasche, Einzeldosis; **arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Durchstechflasche enthält 2,5 mg (5 mg/ml), 5 mg (10 mg/ml), 7,5 mg (15 mg/ml), 10 mg (20 mg/ml), 12,5 mg (25 mg/ml) oder 15 mg (30 mg/ml) Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O (E339), Natriumchlorid, Konzentrierte Salzsäure (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke, Fertigpen (KwikPen®); **Mehrfachdosis, arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Dosis enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,6 ml Lösung. Jeder Mehrfachdosis-Fertigpen enthält 10 mg (4,17 mg/ml), 20 mg (8,33 mg/ml), 30 mg (12,5 mg/ml), 40 mg (16,7 mg/ml), 50 mg (20,8 mg/ml) oder 60 mg (25 mg/ml) Tirzepatid in 2,4 ml. Jeder Pen gibt 4 Dosen zu je 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg ab; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O (E339), Benzylalkohol (E1519), Glycerin, Phenol, Natriumchlorid, Salzsäure 36% (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus; Mounjaro ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ 2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation zu finden. **Gewichtsmanagement:** Mounjaro ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie* bei Anwendung mit Sulfonylharnstoffen oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Abdominalschmerz³, Obstipation³. *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie* bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, vermindert Appetit; Schwindel², Hypotonie², Dyspepsie, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Haarausfall², Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte, erhöhter Calcitonin-Wert². *Gelegentlich:* Hypoglykämie* bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust²; Dysgeusie; Cholelithiasis, Cholezystitis, akute Pankreatitis; Schmerzen an der Injektionsstelle. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion², Angioödem². ** Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker $< 3,0 \text{ mmol/l}$ ($< 54 \text{ mg/dl}$)) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern); Nebenwirkung, die nur auf Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) zutrifft.² *Nebenwirkung, die hauptsächlich auf Patienten mit Übergewicht oder Adipositas mit oder ohne T2DM zutrifft.² Die Häufigkeit war in Studien zum Gewichtsmanagement sehr häufig und in T2DM-Studien häufig.² Die Häufigkeit war in Studien zum Gewichtsmanagement häufig und in T2DM-Studien gelegentlich.² Über Berichte nach Markteinführung.]. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpsweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** September 2024.**

PP-TR-DE-1234-September 2024





Rahmenbedingungen der Fortbildung

- **Dauer:** 28 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten (Präsenz und online)
- **Themenschwerpunkte:** Fußuntersuchung, Dokumentation, schuh-technische Versorgungsmöglichkeiten, Entlastungsprinzipien nach dem Entitätenkonzept, psychosoziale Aspekte
- **Hospitation (8 Stunden):** praktische Erfahrung in einer zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung DDG (selbst zu organisieren)
- **Abschlussprüfung:** Multiple-Choice-Test und Präsentation von ein bis drei Patientenfällen
- **Zertifikat:** 3 Jahre gültig
- **Kosten:** 950 Euro
- **Mitgliedschaft in der AG Diabetischer Fuß:** Keine Voraussetzung, aber wünschenswert

Diabetischer Fuß: spezielle Fortbildung für spezielle Herausforderungen

Neue Fortbildung der DDG soll helfen, die Schuhversorgung zu verbessern

BERLIN. In der Ausbildung von Orthopädienschuhmacher*innen (OSM) spielt die komplexe Versorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) nur eine untergeordnete Rolle. Die neue Fortbildung „Orthopädienschuhmacher*in DDG“ vermittelt deshalb umfassendes medizinisches, technisches und psychosoziales Wissen.

Treibende Kraft hinter der neuen Fortbildung war die AG Diabetischer Fuß der DDG. Vorstandsmitglied LEO LELGEMANN, OSM-Meister aus Köln, erklärt den Bedarf so: „Die Versorgung von Menschen mit Polyneuropathie (PNP) ist speziell und erfordert zusätzliches Wissen und eine andere Kommunikation.“ Denn den Betroffenen fehlt das natürliche Schutzgefühl, das sonst Verletzungen und Überlastung verhindert. In der Folge kann es zu Überlastungen, Ulzerationen und in letzter Instanz auch zu Amputationen kommen.

„Menschen mit DFS geraten schnell in einen Teufelskreis“, weiß Lelgemann, „sie sind zunächst schockiert über den Befund und wollen ihre Füße schützen und eine Verschlimmerung des Fußzustandes verhindern. Doch weil sie weiterhin nichts spüren, fehlt das Bewusstsein für den Verlust des eigenen Schutzgefühls.“ Entsprechend sei die Bereitschaft,

»Vermittelt wird aktuelles Wissen«

orthopädische Entlastungshilfsmittel zu tragen, oft nicht allzu groß. „Dabei sind es nachweislich die fehlende Druckumverteilung und -entlastung, die für die hohen Rezidivraten verantwortlich sind – je nach Publikation zwischen 34 und 50 % innerhalb des ersten Jahres und fast 70 % nach drei Jahren“, mahnt Lelgemann. Auch die Mortalitätsraten bezeichnet er als alarmierend: „Studien zeigen, dass die Fünf-Jahres-Mortalität bei Patienten mit DFS zwischen 30 und 50 % liegt. Besonders kritisch ist die Situation nach einer Majoramputation: Hier liegt die Fünf-Jahres-Mortalität bei knapp 56 %.“

Nur eine schuhtechnische Versorgung, die eine risikofreie Fortbewegung ermöglicht, kann sowohl Rezidiv- als auch Mortalitätsraten senken. Allerdings sind nicht alle OSM-Betriebe gleichermaßen qualifiziert für den Umgang mit

Menschen mit DFS. In der OSM-Ausbildung etwa werden die Besonderheiten der Versorgung von Menschen mit PNP nur sehr vage vermittelt: „Da heißt es, dass ein DFS-Schuh weit genug, groß genug und weich gepolstert sein muss. Doch was heißt das im Einzelfall konkret? Und stimmt das überhaupt?“ Und auch in der Meisterschule sieht er Verbesserungspoten-

zial: „Ich habe da noch nach einem Curriculum von 1998 gelernt – seither hat sich fachlich aber doch allerhand getan“, erzählt Lelgemann.

Zertifikat der DDG macht spezielle Kompetenz sichtbar

Mit ihrer neuen Fortbildung will die DDG Interessierten ermöglichen, sich auf den aktuellen Wissensstand zu bringen und mehr Verständnis für die speziellen Herausforderungen zu entwickeln. Ebenso wichtig ist es, mit dem OSM-Zertifikat Sichtbarkeit zu schaffen gegenüber Patient*innen, Ärzt*innen und Kostenträgern, die auf der Suche nach spezialisierten und qualifizierten Anbietern sind. „Zuguterletzt bietet die Fortbildung die Möglichkeit, Gleichgesinnte kennenzulernen und ein persönliches Netzwerk aufzubauen“, meint Lelgemann, „denn die Versorgung eines DFS ist schließlich eine interdisziplinäre Aufgabe.“ *Antje Thiel*

Weitere Informationen

Der Pilotkurs Orthopädienschuhmacher*in DDG findet vom 30. Juni bis zum 16. Juli 2025 in Regensburg sowie online statt.

Informationen und Anmelde-möglichkeit unter ddg.info/qualifizierung/orthopaedie-schuhmacherin-ddg bzw. unter dem QR-Code.



Neue Aufgaben, neue Ziele

Drei neue Vorstandsmitglieder unterstützen diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

BERLIN. Die sieben ehrenamtlichen Mitglieder des diabetesDE-Vorstandes unterstützen mit ihrer Expertise die strategische Arbeit der diabetesDE-Geschäftsstelle. Kürzlich sind drei neue Mitglieder gewählt worden.

Während der Mitgliederversammlung von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe Ende November 2024 in Hannover sind drei neue Vorstandsmitglieder gewählt worden: TANJA BRAUN (Diabetesberaterin), STEPHANIE HAACK (Typ-1-Diabetes) und MAYA CURMAN (Typ-2-Diabetes) ergänzen das Team um den Vorstandsvorsitzenden Dr. JENS KRÖGER (Diabetologe), die stellvertretende Vorsitzende DIANA DROSSEL (Typ-1-Diabetes) sowie Professor Dr. THOMAS HAAK (Diabetologe) und Dr. MICHAEL KLEER (Typ-1-Diabetes). Aus dem Vorstand ausgeschieden sind KARINA BOSS (Diabetesberaterin), HARRY WIJNVOORD (Typ-2-Diabetes) sowie BASTIAN HAUCK (Typ-1-Diabetes). Allen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern gilt ein herzlicher Dank für ihr ehrenamtliches Engagement und ihre langjährige



Vorstand und Geschäftsführung von diabetesDE seit November 2024 (v.l.n.r.): Dr. Michael Kleer, Tanja Braun, Geschäftsführerin Nicole Mattig-Fabian, Dr. Jens Kröger, Stephanie Haack, Professor Dr. Thomas Haak. Es fehlen Diana Droßel und Maya Curman. Foto: diabetesDE/Dirk Deckbar

Unterstützung. Vor Ort geehrt wurde BASTIAN HAUCK, der fast zehn Jahre lang dem Vorstand von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe angehörte. Hauck hatte im Vorstand die Patient Voice und die Community vertreten

und sich unermüdlich für die Belange der Menschen mit Diabetes eingesetzt.

und sich unermüdlich für die Belange der Menschen mit Diabetes eingesetzt.

Die Aufgaben der Vorstandsmitglieder

Der Vorstand hat seine ehrenamtlichen Aufgaben neu aufgeteilt:

- **Dr. Jens Kröger:** Politik, Medien, Kongresse, Diabetestechnik
- **Diana Droßel:** Barrierefreiheit/ Diabetestechnik, Inklusion, Selbsthilfe, Alter und Pflege
- **Prof. Dr. Thomas Haak:** Finanzen, Recht, moderne Diabetestherapie, wissenschaftliche Beratung
- **Tanja Braun:** Patientenfragen, Patienten-Praxisteam-Kommunikation, Kinder/Jugendliche
- **Maya Curman:** #SagEsLaut, Community-Events, Schwangerschaftsdiabetes
- **Dr. Michael Kleer:** wirtschaftliche Beratung, Sponsorenakquise

■ **Stephanie Haack:** Online-Community, Fundraising Patient Voice Berlin

Bei einem ersten Strategie-Meeting im März werden die neuen Ziele von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe für die nächsten Jahre festgelegt. *diabetesDE*

Aktive Interessenvertretung

Die gemeinnützige Gesundheitsorganisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe setzt sich für die Interessen von Menschen mit Diabetes, Angehörigen und Menschen mit Diabetesrisiko ein. Die Gründung im Jahr 2008 geht auf die Initiative der Deutschen Diabetes Gesellschaft und des Verbandes der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) zurück.

diabetesde.org

JETZT
INFORMIEREN!



EFFEKTIVES DIABETESMANAGEMENT IM GRÜNEN BEREICH

- Zeitsparendes, wirtschaftliches und einfaches Diabetesmanagement^{1,2,3}
- Schnelles Starten⁴ und Anwenden
- Vernetzbarer Sensor mit Pumpe und Pen⁵
- Klare, leicht verständliche Darstellung des grünen Zielbereichs



Dexcom G7

Das Dexcom G7 ist in einer mmol/L- und mg/dL-Ausführung verfügbar. | 1 Dexcom G7 Benutzerhandbuch, 2023;9:115. | 2 Thomas A, et al. Expertenaustausch zum Einsatz von kontinuierlichem Glukosemonitoring (CGM) im Diabetesmanagement: Eine aktuelle Bestandsaufnahme und Blick in die Zukunft. Diabetologie, 2022;1-12. | 3 Dexcom G7 Benutzerhandbuch, 2023;1:3. | 4 Garg SK, et al. Accuracy and Safety of Dexcom G7 Continuous Glucose Monitoring in Adults with Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | 5 <https://www.dexcom.com/de-de/pumpen> | Dexcom G7 Empfänger optional. | Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Eine Liste kompatibler Geräte finden Sie unter: www.dexcom.com/compatibility | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2024 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany | MAT-3573 REV001/ 05. 2024 | Agenturfoto. Mit Model gestellt.

Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz | Medizinischer Kontakt: +49 6131 4909065

Einbeziehung der Fachgesellschaften ist »ausbaufähig«

Was sich nach dem Regierungswechsel ändern sollte

Bundestagswahl

2025

Fotos: mpix-foto – stock.adobe.com



PROF. DR.
ANDREAS FRITSCHKE

Der Diabetologe und Facharzt für Innere Medizin ist seit 2023 DDG Präsident und hat die Diskussion um die Krankenhausreform intensiv begleitet. Er ist u. a. Professor für Ernährungsmedizin und Prävention an der Universität Tübingen und leitet Diabetesstation und Diabetesambulanz am Universitätsklinikum.

Foto: Universitätsklinikum Tübingen



BARBARA
BITZER

Die langjährige Geschäftsführerin der DDG und Sprecherin des Wissenschaftsbündnisses „Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten“ (DANK) setzt sich seit Langem stark für die Verhältnisprävention ein.

Mehr zur Arbeit von DDG und DANK: ddg.info, dank-allianz.de.

Foto: DDG/DiK Deckbar

BERLIN/TÜBINGEN. Am 23. Februar wird der Deutsche Bundestag neu gewählt; die Karten werden neu gemischt. Welche Auswirkungen könnte das auf die Gesundheitsversorgung – hier vor allem auf die Diabetologie – und auf die Prävention haben?

„Diabetes ernst nehmen“ fordert die DDG. Von wem wird Diabetes nicht ernst genommen?

Prof. Dr. Andreas Fritsche: Dieser Zuruf „Diabetes ernst nehmen“ richtet sich an drei Akteure: Die **Gesundheitspolitik** sagt ja, Diabetes kommt im Krankenhaus gar nicht vor. Das stimmt nicht: Jeder fünfte Patient im Krankenhaus hat Diabetes. Und die Gesundheitspolitik sagt auch: Diabetes ist etwas, das locker vom Hausarzt behandelt werden kann. Das stimmt zum Teil natürlich. Einige Patienten können und sollen durchaus vom Hausarzt behandelt werden. Aber Menschen mit Typ-1-Diabetes, mit Insulinpumpe oder AID-System oder Diabetespatienten mit Folge- oder sonstigen zusätzlichen Erkrankungen brauchen eine hochkomplexe und ganzheitliche Behandlung durch einen Diabetologen oder eine Diabetologin.

„Diabetes ernst nehmen“ richtet sich auch an eine **Diabetologin oder einen Diabetologen**. Diabetes wird in meiner Wahrnehmung im Studium, im ärztlichen Alltag und auch in der Weiterbildung unterschätzt und reduziert auf „ein bisschen erhöhter Zucker“. Das verstehe ich nicht unter „ernst nehmen“. Es wird dann nur ein erhöhter Laborwert behandelt und nicht die komplexe, individuell bestehende Erkrankung. Und zum Schluss richtet sich dieser Zuruf auch an die Gruppe der **Patienten**. Sie dürfen den Diabetes nicht verdrängen, sondern sollen die Erkrankung ernst nehmen, aber natürlich nicht zu ernst – denn das ist auch nicht gut.

2020 wurde die Nationale Diabetesstrategie verabschiedet. Die damit verbundenen Hoffnungen

»Nationale Diabetesstrategie wiederbeleben«

sind bis jetzt enttäuscht worden. Was sollte die neue Regierung anpacken?

Barbara Bitzer: Die Nationale Diabetesstrategie hat sich als zahnloser Tiger herausgestellt. Sie enthielt viele Absichtsbekundungen und hehre Ziele, aber nur wenige konkrete Maßnahmen. Dabei ist das Thema wirklich ernst: Diabetes verursacht nicht nur ganz viel menschliches Leid, sondern entwickelt sich auch zunehmend zu einem Wirtschaftsfaktor mit extrem hohen Kosten, nämlich etwa 30 Milliarden Euro Exzesskosten in Deutschland pro Jahr. Daher halten wir es für ganz wichtig, dass die Nationale Diabetesstrategie wiederbelebt, aber mit konkreten Maßnahmen hinterlegt wird.

Welche Hoffnungen haben Sie, dass eine künftige Landwirtschaftsministerin oder -minister mehr erreichen wird als Minister Cem Özdemir?

Bitzer: Große Hoffnung setzen wir in dieser Hinsicht vielleicht nicht in eine CDU-geführte Regierung, zumal in den Wahlprogrammen schon Maßnahmen wie Lenkungssteuern ausgeschlossen wurden. Aber die Hoffnung ist das eine. Wir sehen die absolute Notwendigkeit für derartige Maßnahmen der Verhältnisprävention. Und natürlich werden wir weiterhin appellieren und auf diese Notwendigkeit wirklich eindringlich hinweisen, ins Gespräch gehen und auch versuchen, die neue Regierung in die Richtung zu treiben, dass derartige Maßnahmen wichtig sind. Die Einschränkung von Werbung an Kinder für ungesunde Lebensmittel ist eine sehr wichtige Maßnahme und wurde bereits auf den Weg gebracht. Wir appellieren an die neue Regierung, diesen Weg fortzusetzen und nicht alles, was die Vorgängerkoalition schon auf den Weg gebracht hat, in der Schublade verschwinden zu lassen.

Welche Punkte der Krankenhausreform sind für die DDG entscheidend, wenn es um die adäquate Diabetesversorgung geht?

Prof. Fritsche: Ich möchte zwei Punkte herausgreifen.

Das sind zum einen die **Leistungsgruppen**. Eine dieser Leistungsgruppen ist die „komplexe Diabetologie und Endokrinologie“, und die müssen wir so ausgestalten, dass sie für Patienten geeignet ist. Wir müssen erreichen, dass hoch leistungsfähige, von der DDG zertifizierte Diabeteszentren auch ohne eine spezielle Endokrinologie überleben können. Und wir müssen auch sehen, dass die Leistungsgruppe „Allgemeine Medizin“ diabetologisch basiert ist, denn, wie schon erwähnt: Im Krankenhaus hat mindestens jeder fünfte Patient Diabetes und diese Menschen müssen diabetologisch versorgt werden.

Der zweite Punkt ist die **Finanzierung**, die noch völlig offen ist. Die Krankenhausreform ist unterfinanziert und wir wissen, dass wir für die nächsten zehn Jahre einen „Transformationsfonds“ brauchen. Von den vorgesehenen 50 Milliarden sollen die Hälfte die gesetzlich Versicherten aufbringen. Dagegen wird wahrscheinlich noch geklagt werden. Meine Überzeugung ist: Wir werden einfach nicht mehr so viel Geld zur Verfügung haben.

Im Gesundheitswesen haben wir auf der einen Seite eine Über-, auf der anderen Seite eine Unterversorgung. Wir müssen unsinnige Untersuchungen und Therapien, die nur gemacht werden, um Gewinn zu generieren, reduzieren. Wir brauchen mehr präventive Medizin und weniger Reparaturmedizin. Und eine gute Diabetesbehandlung ist präventive Medizin. Sie ist relativ günstig und verhindert Folgeerkrankungen und somit eine teure Reparaturmedizin.

Neugierig auf die ganze Folge?

Dann hören Sie sich die Sonderfolge zur Bundestagswahl und zu den Zielen der DDG in voller Länge an. Weitere Themen: medizinische Über- und Unterversorgung, ePA und eDA, Diabetes-Expertise. Zugriff auf alle Folgen von *O-Ton Diabetologie* haben Sie auf medical-tribune.de und den gängigen Podcast-Plattformen.



»Praktiker mehr beteiligen«

Außer der Krankenhausreform gab es weitere Gesetzesvorhaben. Was davon sollte die nächste Bundesregierung aufgreifen und umsetzen?

Prof. Fritsche: Allgemein sollte man diese Gesetze von Anfang an in enger Kooperation mit Fachleuten, also mit Praktikern, die im Krankenhaus oder in der Praxis arbeiten, gestalten. Und diese Einbeziehung der Fachgesellschaften, die ist wirklich Verbesserungs- und ausbaufähig. In den sogenannten Expertenkommissionen der Krankenhausreform waren keine praktisch tätigen Mediziner beteiligt, sondern nur sogenannte politiknahe Gesundheitsökonomien. Die sind auch wichtig, aber das gibt eine Richtung vor, die nicht förderlich ist.

Die DDG hat Wahlprüfsteine formuliert, um die Positionen der Parteien abzufragen. Was hat sich herauskristallisiert?

Bitzer: Wie zu erwarten war, sind die Vertreter der Grünen und auch der SPD meist auf unserer Linie, wenn es um verbindliche Präventionsmaßnahmen geht. Bei der Union und vor allen Dingen bei der FDP sehen wir da ganz viel Gegenwind. Bei der Uni-

on positioniert man sich ganz offen nicht dafür – im Wahlprogramm werden Lenkungssteuern ausgeschlossen. Trotzdem ist das für uns ein Ansporn, auch weiterhin auf diese Belange hinzuweisen und weiterhin die Politik in die Pflicht zu nehmen, etwas zu tun, ganz egal, wer die neue Regierung stellen wird. Die Gesundheit sollte mehr wert sein als die Interessen von Lebensmittel- oder Werbeindustrie.

Glauben Sie, dass Sie da wieder ganz von vorne anfangen müssen?

Bitzer: Nein, das glaube ich eigentlich nicht. Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten wurde vor 15 Jahren von der DDG gegründet, und ihr gehören inzwischen 22 medizinische Fachgesellschaften und Organisationen an, die sich auf vier zentrale Forderungen geeinigt haben. Und über diese Forderungen reden wir seit 15 Jahren mit der Politik, mit befreundeten Verbänden, in der Gesamtgesellschaft, machen sehr viel Presse- und Medienarbeit. Inzwischen nehmen wir in der Gesamtbevölkerung sehr, sehr viel Zuspruch wahr. Ich glaube, der Stein ist ins Rollen gebracht, und dass Themen wie ein Kinderlebensmittelwerbegesetz in einen Koalitionsvertrag Einzug gehalten haben, war ein ganz wichtiger Schritt.

Welche Rolle spielen Allianzen?

Bitzer: Allianzen erhöhen die Schlagkraft und die Sichtbarkeit. Wir gehen in verschiedenen Bereichen Allianzen ein, z. B. mit dem BVND, dem VDBD oder auch mit der starken Patientenstimme diabetesDE. Es ist ganz wichtig, dass die Diabetesverbände eng zusammenstehen. Dass wir mit einer Stimme sprechen und unsere Belange an die Politik adressieren, gelingt im Moment so gut wie wahrscheinlich vorher noch nie.

Interview: Michael Reischmann, Nicole Finkenauer

Für den Diabetologie-Durchblick
der Podcast für Expert:innen





Der Countdown zur Wahl läuft: Was steht auf der politischen Agenda?

Wahlprüfsteine der DDG – das sagen Politiker*innen zur künftigen Diabetesversorgung

BERLIN. Der Countdown zur Bundestagswahl 2025 läuft. Mitten in der heißen und diesmal so kurzen Wahlkampfphase hat die DDG ihre Wahlprüfsteine auf den Weg gebracht. Wie die Parteien zu den Forderungen der Fachgesellschaft stehen? Machen Sie sich selbst ein Bild.

Fünf Fragen zu den Wahlprüfsteinen der DDG, die sich an der Agenda Diabetologie 2030 orientieren, hat die diabeteszeitung im Januar an die Parteien verschickt. Deren Bundesgeschäftsstellen reagierten mit einem automatisierten Schreiben: „Angesichts der sehr verkürzten Zeitläufe in diesem Bundestagswahlkampf haben sich die Generalsekretäre der Parteien CDU, CSU, SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP sowie Die Linke darauf geeinigt, nur Wahlprüfsteine von einigen wenigen vorab gemeinsam vereinbarten, die gesamte Breite des gesellschaftlichen Spektrums repräsentierenden Verbänden und Organisationen zu beantworten.“ Stattdessen bat man um Verständnis mit dem Hinweis, „in Ihren Zeitschriften und auf Ihren Webseiten“ auf das Wahlprogramm der einzelnen Partei hinzuweisen.

Das genügte der Redaktion der diabeteszeitung kurz vor der Wahl nicht. Parallel dazu hat sie sich daher, wie auch die Redaktion des Diabetes-Ankers, mit ihren Fragen an gesundheitspolitische Sprecher*innen und weitere Bundestagsabgeordnete gewandt. Nur ein Politiker, der CDU-Gesundheitspolitiker Dietrich Monstadt aus Mecklenburg-Vor-

pommern, Mitglied im Gesundheitsausschuss und Mitinitiator der Diabetesstrategie, beantwortete die Fragen direkt. Alle anderen Politiker*innen gaben allgemeine Statements ab.

DDG entwirft Agenda Diabetologie 2030

Die DDG fordert von der neuen Bundesregierung, mehr denn je den Diabetes in den Fokus zu nehmen und wichtige Themen anzugehen. Die drei Kernforderungen sind:

- 1 Diabetes behandeln: die Versorgung von Menschen mit Diabetes sichern – heute und morgen!
- 2 Diabetes erforschen: translationale Forschung stärken und strukturierte Versorgungsforschung etablieren!
- 3 Diabetes verhindern: Mehr Prävention wagen!

Angela Monecke



Foto: Andreas Pott – stock.adobe.com,
Lydia Geissler – stock.adobe.com

Mehr zur Agenda Diabetologie 2030 unter
[ddg.info/politik/veroeffentlichungen/
gesundheitspolitische-veroeffentlichungen](https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitspolitische-veroeffentlichungen/)



DIETRICH MONSTADT, MdB, CDU, betont, dass bei der Nationalen Diabetesstrategie, die bereits im Juli 2020 beschlossen wurde und an der er „maßgeblich mitgearbeitet“ habe, „bisher kaum Fortschritte erkennbar“ seien. Es müssten daher „dringend“ Maßnahmen durch eine gezielte Förderung der Primärprävention vorangetrieben werden. Er fordert präventive Ansätze wie regelmäßige Bewegung und gesunde Ernährung „als zentrale Elemente der Gesundheitsförderung“.

Ein Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel hält er für sinnvoll, vor allem zum Schutz von Kindern, so Monstadt, der auch für die Einführung einer Zuckersteuer plädiert. Für sinnvoll erachtet er zudem einen verpflichtenden, EU-weiten Nutri-Score. Um gesunde Ernährung und Bewegung zu fördern, müsse man in Kitas und Schulen einheitliche Standards verpflichtend umsetzen. Der Gesundheitspolitiker spricht sich zudem für eine Diabetesprävention auf Rezept aus. Präventionsmaßnahmen für Hochrisikogruppen, z. B. Ernährungskurse oder Bewegungsprogramme, sollten wissenschaftlich evaluiert werden. Die stationäre Diabetesversorgung bezeichnet er als „essenziell“ und schlägt vor, mit gezielten Förderprogrammen die Weiterbildung in der Diabetologie zu stärken, besonders in kleinen Krankenhäusern und in ländlichen Regionen. Ein Abbau zertifizierter Diabeteseinrichtungen ist für Monstadt nicht hinnehmbar. Deren Finanzierung müssten Kassen und Bund-Länder-Programme sicherstellen.

Ein politisch wirksamer Health-in-all-Policies-Ansatz verlangt laut Monstadt, Gesundheit als Querschnittsthema in allen Politikfeldern zu verankern. Präventionsmaßnahmen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs müssten besser koordiniert werden.

Bei der Diabetesforschung müsse man die Fördermittel erhöhen. Sein Vorschlag: mehr Mittel für universitäre Forschungseinrichtungen und die Vernetzung mit internationalen Projekten, Ausbildungsprogramme und Stipendien für junge Wissenschaftler*innen im Bereich Diabetologie. Forschungsergebnisse müssten zudem schneller in die klinische Praxis umgesetzt werden, um direkt den Patient*innen zugutezukommen. Das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) leiste hier unverzichtbare Arbeit, die er weiter unterstütze.



Ein Parteisprecher der CSU erklärt, dass beim Diabetes „effektive Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen“ erforderlich seien, besonders mit Blick auf die zunehmende Zahl an diabetischen Kindern und Jugendlichen. Präventionsmaßnahmen

seien hier weitaus kostengünstiger als teure Therapie und Nachsorge. Seine Partei setze daher auf „Prävention vor Intervention“. Hierfür müssten neue Programme zur Früherkennung und Behandlung von Risikopersonen umgesetzt sowie moderne Diabetes-Therapien in der Praxis etabliert werden. Dies schließe sowohl den Ausbau der Strukturen als auch Aufklärung, Förderung von Sport und Bewegung sowie intensivere Forschung für innovative Therapien und Arzneimittel ein.



Die SPD verfolgt eine ganzheitliche Strategie zur Diabetesbekämpfung in Deutschland. Zentrale Punkte sind Aufklärung über Risikofaktoren, Prävention, Früherkennung und hochwertige Behandlung. Ziel ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, u. a. durch besseres Selbstmanagement, Unterstützung bei gesunder Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht sowie die Verbesserung der Versorgungsstruktur. Dies umfasst eine stärkere Vernetzung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal, mehr Versorgungskapazität sowie den Ausbau von Aus- und Weiterbildungen in Diabetestherapie und Technologie. Die Sozialdemokraten wollen die DMP erweitern und digitale Ansätze wie Telemedizin einheitlich zugänglich machen. Zudem soll der Zugang zu moderner Diabetestechnologie verbessert und die Integration der Daten in die ePA gesichert werden.



Als „hausgemachte Volkskrankheit“ bezeichnet JOHANNES WAGNER, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestags, den Typ-2-Diabetes. Ein gesunder Lebensstil sei für viele Menschen jedoch „zu kompliziert und zu teuer, um ihn langfristig in den Alltag zu integrieren“, so der Arzt. Man müsse daher bei den Rahmenbedingungen ansetzen, statt die Verantwortung „auf den Einzelnen abzuschieben“. Mit gesünderen Lebensbedingungen könne man den Anteil der chronischen Erkrankungen in Deutschland deutlich senken, so der Berichterstatter für Prävention und Gesundheitsförderung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Dies gelte für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ebenso wie für Adipositas und Diabetes. Eine umfassende nationale Strategie zur Verhältnisprävention, die alle Politikfelder einbezieht, sei deshalb „dringend“ nötig. Denn werde die Gesundheit der Bevölkerung allein im Gesundheitsministerium priorisiert, bleibe der Kampf gegen Diabetes ein „Kampf gegen Windmühlen“. Dabei könnten alle Politikfelder Maßnahmen für eine bessere Gesundheit in der

Bevölkerung umsetzen. So müsse u. a. der Anteil von Zucker, Fett und Salz in Lebensmitteln reduziert, die Werbung für ungesunde Lebensmittel reguliert und der Fuß- und Radverkehr gefördert werden. „Widmet sich die nächste Bundesregierung diesen Punkten, wäre für die langfristige Diabetes-Prävention in Deutschland schon einiges gewonnen“, betont er.



Beim Diabetes müsse der Fokus darauf liegen, die Erkrankung von vornherein zu verhindern, so Professor Dr. ANDREW ULLMANN, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion. Prävention bedeute aber nicht, dass der Staat die Vorsorge übernimmt, erläutert er. Vielmehr müsse die Gesundheitskompetenz und die Befähigung zu einem gesunden Leben im Vordergrund stehen. Da Prävention schon in jungen Jahren beginne, setzten die Liberalen auf mehr Gesundheitsbildung in Schulen und Sportförderung. Auch Anreize für Unternehmen müssten für gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz geschaffen und die Eigenverantwortung gestärkt werden. Menschen, die frühzeitig Vorsorgeangebote nutzten, sollten dafür belohnt werden, etwa durch Beitragsrabatte ihrer Krankenkassen.



Die Linke sieht Diabetes als „eine große Herausforderung“. Da ärmere Menschen nicht nur häufiger betroffen, sondern auch schlechter versorgt seien, bedarf es einer Prävention, die die Verhältnisse ändert. Dazu gehöre etwa die Senkung des Zuckergehalts in verarbeiteten Lebensmitteln, auch mit einer Zuckersteuer, aber auch bewegungsfreundliche Städte und Arbeitsplätze sowie eine Existenzsicherung, die eine gesunde Ernährung überhaupt ermöglicht. Die Linke fordert ein flächendeckendes Netz an diabetologischen Schwerpunktpraxen und klare Verpflichtungen für die Pharmaindustrie, um selbstverursachte Lieferausfälle zu sanktionieren. Seit vielen Jahren fordere Die Linke daher einen Nationalen Aktionsplan Diabetes.



Die Anfragen an AfD und BSW blieben unbeantwortet.



»Ein Stück Vielfalt verschwindet«

Basalinsulin mit kurzem Wirkfenster wird vor allem sportlich aktiven Menschen fehlen

MAINZ. Bis Ende 2026 nimmt das Unternehmen Novo Nordisk seine frühen Insuline vom deutschen Markt. Für Insulin detemir (Levemir®) ist sogar schon Ende 2025 Schluss. Das stellt eine kleine Gruppe von Menschen mit Typ-1-Diabetes vor große Probleme, nämlich sportlich und körperlich aktive Personen, die aus guten Gründen eine intensivierete Insulintherapie (ICT) statt einer Pumpen- oder AID-Therapie nutzen und die Flexibilität mit diesem Basalinsulin zu schätzen wissen.

Die Berliner Diabetesberaterin **ULRIKE THURM**, Vorstandsmitglied der AG Diabetes, Sport & Bewegung sowie Autorin der bekannten Diabetes- und Sportfibel (Verlag MedTriX), ist eine Koryphäe auf ihrem Gebiet. An sie wenden sich Profi-, Hochleistungs- und Freizeitsportler*innen mit Typ-1-Diabetes, die ihre Therapieanpassung in Training und Wettkampf verbessern wollen. Zwar trägt ein Großteil von ihnen Insulinpumpen oder AID-Systeme und kann damit flexibel auf Schwankungen bei der Insulinsensitivität infolge körperlicher Belastung reagieren. Doch manche kommen mit der ICT bestens zurecht und möchten es auch gern dabei belassen. Und einige üben auch Sportarten aus, die sich nicht mit einer Schlauch- oder Patchpumpe vertragen, beispielsweise Kampf- und Kontaktsportarten oder Bouldern.

Kurzes Wirkfenster ermöglicht individuelle Anpassung

Ihnen hat Thurm als Basalinsulin bislang in der Regel Levemir empfohlen. Denn aufgrund seines vergleichsweise kurzen Wirkfensters von 12 bis 14 Stunden kann man seine Dosierung bei wechselndem Aktivitätslevel von Tag zu Tag anpassen, ohne Überlappungen zu riskieren. „Wenn ein Sportprofi zu einem Wettkampf ins Ausland fliegt, sitzt er oft 20 Stunden bewegungs-

los im Flieger und braucht entsprechend mehr Insulin. Doch wenn er am Zielort ankommt, geht es oft direkt ins intensive Training“, erzählt Thurm. Bei einem von ihr betreuten Athleten etwa schwankte der Basalbedarf zwischen 2 x täglich 2 E Levemir in hochaktiven Phasen und 2 x täglich 20 E Levemir in bewegungsarmen Phasen.

Nicht nur Sportprofis profitieren von Insulin detemir

Kein anderes auf dem Markt erhältliche Insulin weist ein mit Levemir vergleichbares Wirkprofil auf. Entsprechend gelingen kurzfristige Anpassungen an eine schwankende Insulinempfindlichkeit mit anderen, länger wirksamen Basalinsulinen wie Toujeo, Lantus oder Tresiba nicht, so Thurms Erfahrung. „Das Thema betrifft aber nicht nur Sportprofis, sondern z. B. auch Menschen, die unter der Woche als DHL-Bote täglich 20.000 Schritte laufen und am Wochenende die Beine hochlegen. Oder Büroangestellte, die in der Woche kaum aktiv sind und dafür am Wochenende große Radtouren mit der Familie unternehmen“, meint die Diabetesberaterin. Daneben sei Levemir aber auch als Ausweichinsulin beliebt, wenn Pumpenträger*innen ihre Pumpe einmal für einen Wellness-Tag mit Sauna und Moorpackung ablegen möchten. „Oder wenn Leute feiern gehen und bei einer Party viel Alko-

„Rein wirtschaftlich gesehen macht es Sinn, die Produktionskapazitäten für andere, profitablere Produkte frei zu machen. Ob ein Unternehmen immer nur rein nach Profitmaximierung agieren sollte, ist eine andere Frage.“

hol trinken. Dann kann man mit Levemir nachts die Basaldosis um 50 % reduzieren, um die Blockade in der Leber zu überbrücken.“

Mit der vom Hersteller Novo Nordisk Ende September 2024 als Teil einer globalen Initiative angekündigten Anpassung des Insulinangebots entfallen diese Möglichkeiten Ende 2025. Neben Levemir wird auch das NPH-Basalinsulin Protaphane ab 2026 nicht mehr verfügbar sein. Ein weiteres Jahr später werden auch das Humaninsulin Actrapid und das NPH-Mischinsulin Actraphane vom Markt genommen; das schnell wirksame Insulinanalogon Fiasp wiederum wird ab 2027 nicht mehr als vorgefüllte Pumpenpatrone (PumpCart®) erhältlich sein.

„Produktionskapazitäten bestmöglich nutzen“

Novo Nordisk begründet die Bereinigung seines Insulin-Portfolios mit dem drastischen Rückgang von Verordnungen, bei Levemir um 47 % über zehn Jahre. So seien 2024 nur noch 3 % der verordneten Diabetesinjektionstherapien auf Levemir entfallen. „Über die vergangenen Jahre haben wir viele neue Produkte auf den Markt gebracht, ohne dabei ältere

und immer weniger nachgefragte Medikamente und Darreichungsformen vom Markt zu nehmen“, erklärt das Unternehmen auf Anfrage. Allerdings beanspruche die Herstellung dieser Produkte in unterschiedlichen Dosierungen bzw. Darreichungsformen hohe Kapazitäten. Gleichzeitig gebe es eine steigende Nachfrage nach den modernen Arzneimitteln von Novo Nordisk. „Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen und langfristig mehr Menschen zuverlässig mit modernen Diabetestherapien versorgen zu können, müssen wir sehr genau abwägen, welche Therapiealternativen wir anbieten und wie wir unsere Produktionskapazitäten bestmöglich nutzen.“ Mit der geplanten Angebotsbereinigung stärke man „auf lange Sicht die Verfügbarkeit und den Einsatz moderner Therapien weltweit“. Novo Nordisk kann dank der Marktberingung bei seinen frühen Insulinen also die Produktionskapazitäten u. a. für den stark nachgefragten GLP1-Rezeptoragonisten Ozempic ausweiten. Hier war es in der Vergangenheit angesichts des Hypes um die „Abnehmspritze“ bekanntlich zu Lieferengpässen gekommen. Wer hingegen im Rahmen einer ICT Levemir als Basalinsulin nutzt, muss sich wohl oder übel auf einen Wechsel zu einem anderen Basalinsulin einstellen. In der Community sorgt das für gemischte Gefühle (s. Zitate).

Empfehlungen der DDG, Expertengruppe des BfArM

Auch die DDG bedauert, dass für die Wahl individueller Behandlungsmöglichkeiten und für die kontinuierliche Sicherstellung langjähriger erfolgreicher Routinebehandlungen das Angebot an Insulinen kleiner wird – und empfiehlt deshalb nachdrücklich, die Umstellung frühzeitig zu planen und geeignete Alternativen zu identifizieren. „Die neuen Insuline müssen sorgfältig unter Kenntnis ihrer spezifischen Eigenschaften ausgewählt und die Dosie-

„Ich gehe auch klettern, und für mich war es da mit dem Katheter der Pumpe schwierig. Auch die Unterbringung der Pumpe ist da ein Problem. Dass der Diabetes gut eingestellt ist, geht aber vor. Wenn es gar nicht funktioniert, wird wohl nur der Umstieg auf eine Insulinpumpe bleiben.“

rung angepasst werden, hierfür ist eine eingehende Beratung notwendig“, sagt DDG Präsident Professor Dr. ANDREAS FRITSCHKE.

Auch beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) macht man sich Gedanken zum Prozess: Hier wurde eine klinische Expertengruppe zur Erörterung der Auswirkungen auf die Patientenversorgung – einschließlich Umstellungsoptionen – implementiert, die sich mit den EU-Mitgliedstaaten und der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) abstimmt. Ungeachtet der Probleme betont das BfArM aber auch: „Grundsätzlich steht es den Unternehmen jedoch frei, entsprechende Portfoliobereinigungen durchzuführen; eine Verpflichtung der Weiterproduktion besteht nicht.“ Für Ulrike Thurm sind das keine zufriedenstellenden Antworten. Die Gruppe der Menschen mit Typ-1-Diabetes, denen Levemir auch im Rahmen einer ICT eine flexible Therapieanpassung an die wechselnde Insulinempfindlichkeit ermöglicht, mag zwar klein sein. Doch was das Levemir-Aus für sie bedeutet, schildert sie mit deutlichen Worten: „Das ist ein Rückschritt in die Steinzeit der Diabetologie, als die Menschen ihr Leben an die Insulintherapie anpassen mussten und nicht umgekehrt die Insulintherapie an ihr Leben.“

Antje Thiel

„Levemir ist das einzige moderne Basalinsulin, das stark unterschiedliche Tag- und Nacht-Basalraten abdecken kann. Es verschwindet ein Stück Vielfalt in der Auswahl der Basalinsuline. Jeder Mensch und jeder Diabetes ist unterschiedlich, dafür brauchen wir auch eine Vielfalt an Insulinarten.“

*Umfrage unter Menschen mit Typ-1-Diabetes via Facebook und Homepage der IDAA im November/Dezember 2024



Aktive Sportler*innen mit Diabetes haben besondere Bedürfnisse.

Foto: Lustre Art Group – stock.adobe.com

Hinweise für die Umstellung auf andere Insuline

Weitere Informationen und Hinweise zur Umstellung finden ärztliches Personal, Gesundheitsfachkräfte und Menschen mit Diabetes in der DDG Stellungnahme „Änderungen der Verfügbarkeit von Insulinen ab 2025“, verfasst von der DDG Kommission Gesundheits- & wissenschaftspolitische Fragen und vom DDG Ausschuss Pharmakotherapie des Diabetes (erreichbar über Link oder QR-Code).

Zudem stellt Novo Nordisk Informationen bereit und hat eine Tabelle mit Vorschlägen für alternative Behandlungsoptionen erarbeitet.

ddg.info/politik/stellungnahmen

pro.novonordisk.de



Weit über den BMI hinaus

Kommission schlägt erweiterte Adipositas-Diagnostik vor

DRESDEN. Die internationale Kommission für klinische Adipositas (Commission on Clinical Obesity) schlägt eine umfassende Neugestaltung der Adipositas-Diagnostik vor. Auch Forschende des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) waren beteiligt.

Derzeit stützen sich medizinische Ansätze zur Adipositas-Diagnose hauptsächlich auf den BMI, der jedoch auf individueller Ebene kein zuverlässiges Maß für Gesundheit oder Krankheit ist. Dies kann zu Fehldiagnosen und negativen Folgen für Betroffene und die Gesellschaft führen. Die Commission on Clinical Obesity empfiehlt daher, neben dem BMI auch Messungen des Taillenumfanges oder direkte Fettmessungen zur Erkennung von Fettleibigkeit zu verwenden, um das Risiko einer Fehlklassifizierung zu verringern.

„Gründliche und ausgewogene Definition längst überfällig“

Die Kommission macht sich dafür stark, dass alle Menschen mit Adipositas eine personalisierte Gesundheitsberatung und evidenzbasierte Versorgung erhalten – frei von Stigmatisierung und Schuldzuweisungen. Dies soll durch unterschiedliche Strategien für klinische und präklinische Adipositas erreicht werden. „Adipositas nur als Risikofaktor und niemals als Krankheit zu betrachten, kann Menschen, die allein aufgrund von Adipositas gesundheitlich krank sind, zu Unrecht den Zugang zu zeitkritischer Versorgung verweigern. Auf der anderen Seite kann eine pauschale Definition von Adipositas als Krankheit zu Überdiagnosen und ungerechtfertigtem Einsatz von Medikamenten und chirurgischen Eingriffen führen, mit potenziellem Schaden für den Einzelnen und schwindelerregenden Kosten für die Gesellschaft“, sagt der Vorsitzende der Kommission, Professor Dr. FRANCESCO RUBINO vom King's College London.

„Eine gründliche und ausgewogene Definition von Adipositas ist längst überfällig, um die medizinischen und sozioökonomischen Herausforderungen anzugehen“, betont Professor Dr. STEFAN RICHARD BORNSTEIN, Mitglied der Kommission und Direktor des Zentrums für

Innere Medizin am Universitätsklinikum Dresden und DZD-Wissenschaftler. „Wenn wir neue Methoden und Ansätze zur Behandlung von Adipositas, einschließlich der neuen Medikamente zur Gewichtsreduktion, erforschen, ist es entscheidend, unsere Diagnosekriterien an die individuellen Gesundheitsrisiken jedes Einzelnen



anzupassen“, so der Co-Autor des Berichts, Professor Dr. MATTHIAS BLÜHER, u. a. Direktor des Helmholtz-Instituts für Stoffwechsel-, Adipositas- und Gefäßforschung und Forscher am DZD. „Aus eigener Erfahrung mit der Komplexität der Adipositas halte ich dieses Rahmenwerk für einen wichtigen Schritt, um den Patientinnen und Patienten eine noch gezieltere und wirksamere Behandlung zu ermöglichen.“ Und Professor Dr. MATTHIAS TSCHÖP, CEO von Helmholtz Munich und ebenfalls Co-Autor des Berichts sowie einer der Pioniere für GLP-1-basierte Therapien für Adipositas, ergänzt: „Durch

»Entscheidender Wendepunkt«

unser zunehmendes Verständnis von Adipositas erreichen wir einen entscheidenden Wendepunkt, an dem evidenzbasierte Rahmenwerke – wie das von der Kommission eingeführte – eine zentrale Rolle dabei spielen werden, uns zu wirksameren und individuelleren Behandlungsansätzen zu führen.“

DZD

Bericht der Kommission:

[thelancet.com/commissions/clinical](https://www.thelancet.com/commissions/clinical)

Glucose-Tests als Fertiglösung

Endlich glycerolfrei gemäß Empfehlung der DDG¹

JETZT ERHÄLTlich



erster zugelassener Screeningtest

- Leitliniengerechte Fertiglösungen²
- Fruchtiger Johannisbeergeschmack
- Screening- und Toleranztest aus einer Hand

INORY-GlucoScreen 50 g PZN 19376038

INORY-GlucoTest 75 g/300 ml PZN 19376044

Zeit für INORY

1. Empfohlen nach: 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.

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: Januar 2025).

INORY-GlucoScreen 50 g Lösung zum Einnehmen. Wirkstoff: Glucose. **Zusammensetzung:** 200 ml Lösung enth. 50 g Glucose als Glucose-Monohydrat (Ph.Eur.). **Sonst. Bestandt.:** Natriumbenzoat, Citronensäure, Schwarze-Johannisbeer-Aroma, Gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit einem oralen Glucose Screening Test (oGST). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt.. Körperl. Stress, z.B. nach einer Operation oder einem Trauma, bei einem Infekt oder einer anderen akuten Erkrankung. **Manifester Diabetes mellitus.** Zustand nach Magen-Darm-Resektion. **Stark reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand.** Elektrolytstörungen (inkl. Kalium-, Magnesium- oder Phosphatmangel). **Nebenwirkungen:** Häufig (kann bis zu 1 von 10 Behandelten betreffen): Hypoglykämische Reaktion. Gelegentlich (kann bis zu 1 von 100 Behandelten betreffen): Magendruck, Übelkeit, Erbrechen. Selten (kann bis zu 1 von 1000 Behandelten betreffen): allergische Reaktionen, z.B. Hautrötung. Häufigkeit nicht bekannt: Schwitzen, Schwindel, Ohnmacht, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Bauchbeschwerden, Blähungen, Erhöhung der Herzfrequenz ohne Erhöhung des Blutdrucks, signifikante Verzögerung der Magenentleerung. **Warnhinweise:** Jede Flasche enthält Natriumbenzoat. Packungsbeilage beachten. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Stand der Information:** 11/2024, MIDAS Pharma GmbH, Rheinstraße 49, 55218 Ingelheim am Rhein, Deutschland

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

Zwei diagnostische Kategorien für Adipositas

Die Kommission stellt zwei neue diagnostische Kategorien vor: „klinische Adipositas“ und „präklinische Adipositas“. Klinische Adipositas wird als chronische Krankheit definiert, die mit einer anhaltenden Organfunktionsstörung aufgrund des starken Übergewichts einhergeht. Präklinische Adipositas hingegen ist mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden, jedoch keine anhaltende Erkrankung.

Früh und präzise ansetzen, viel bewirken

Verschiedene Präventionsansätze beschäftigen die Forschenden des DZD

NEUHERBERG. Immer mehr wird bekannt über die Rolle des insulininhibitorischen Rezeptors „Inceptor“ – und welche Möglichkeiten sich daraus ergeben, um die Betazelle zu stärken und sogar eine ursächliche Behandlung des Diabetes zu ermöglichen. Außerdem sind DZD-Forschende auf dem Weg, mit Hilfe der Prädiabetes-Subtypen eine präzisere Prävention zu entwickeln. Woran wird noch geforscht? Der Süßstoff Carrageen könnte sich negativ auf die Insulinsensitivität auswirken. Und bei den Diabetes-Subtypen zeigen sich Unterschiede hinsichtlich depressiver Symptome.



Carrageen könnte die Darmbarriere stören

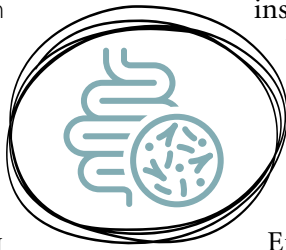
Der Lebensmittelzusatzstoff Carrageen – auch bekannt als E 407 – ist weitverbreitet und wird als Emulgator und Verdickungsmittel in vielen Fertigprodukten eingesetzt. Studien zeigten, dass der Zusatz in Tieren zur Entstehung von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Geschwüren und erhöhten Blutzuckerwerten führen kann.

In einer klinischen Studie unter Leitung der DZD-Forschers Professor Dr. ROBERT WAGNER und Professor Dr. NORBERT STEFAN erhielten junge, gesunde Männer mit einem BMI von weniger als 30 kg/m² (durchschnittlicher BMI 24,5 kg/m²) zusätzlich zu ihrer normalen Ernährung entweder Carrageen in einer Menge, die etwa der zwei- bis dreifachen Tagesdosis entspricht, die in den USA konsumiert wird, oder ein Placebo. Beide Gruppen wurden über einen Zeitraum von zwei Wochen beobachtet. Die Ergebnisse zeigten eine Erhöhung der Durchlässigkeit des Dünndarms, höchstwahrscheinlich aufgrund einer Entzündung des Darms. Der primäre Endpunkt der Studie war

die Insulinsensitivität. Obwohl bei den 20 Studienteilnehmenden die Insulinwirkung durch Carrageen in dieser Studie nicht signifikant verändert wurde, gab es Hinweise darauf, dass bei den Studienteilnehmenden mit höherem Körpergewicht eine Verringerung der Insulinwirkung, insbesondere in der Leber, unter vermehrtem Konsum von Carrageen auftrat. Weiterhin hatten diese übergewichtigen Männer einen Anstieg der Entzündungswerte im Blut und Hinweise für eine Entzündung im Bereich des Hypothalamus, der Hirnregion, welche für den Zuckerstoffwechsel und den Appetit verantwortlich ist.

„Unsere Probanden waren im Mittel vermutlich noch zu gesund, um deutliche stoffwechselbezogene Effekte durch Carrageen zu zeigen“, sagt Prof. Stefan. „Bei älteren oder übergewichtigen Personen könnten die Auswirkungen jedoch stärker sein. Um dies zu bestätigen, sind weitere Studien in diesen Bevölkerungsgruppen notwendig.“

Wagner R et al. BMC Med. 2024 Nov 26;22 (1): 558; doi: 10.1186/s12916-024-03771-8



Inceptor reguliert Insulinhaushalt

Bereits 2021 hat ein Forschungsteam um Professor Dr. HEIKO LICKERT, Direktor des Instituts für Diabetes- und Regenerationsforschung bei Helmholtz Munich, Professor an der TU München und Wissenschaftler am Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD), den insulininhibitorischen Rezeptor „Inceptor“ und seine Rolle als Hemmer des Insulinsignalwegs entdeckt.

Inceptor und der Insulinrezeptor befinden sich beide auf der Oberfläche der Betazellen, wobei Inceptor den Insulinrezeptor blockieren kann und so die Insulinempfindlichkeit der Zellen verringert. Dies schwächt den Signalweg ab. Die aktuelle Studie geht noch weiter: Sie zeigt, dass Inceptor überschüssiges Insulin in der Betazelle bindet und es zum Abbau leitet. Das vermehrte Auftreten von Inceptor in Betazellen legt nahe, dass der Rezeptor eine Rolle bei der Insulinausschüttung spielt, die von Betazellen gesteuert wird. Durch das Blockieren von Inceptor gelang es den Forschenden, die Insulinspeicher von Betazellen aufzufüllen, die Freisetzung von Insulin zu verbessern und den Zelltod von Betazellen zu verhindern. „Insbesondere bei bereits

geschädigten Zellen könnte eine Blockade von Inceptor helfen, die Insulinproduktion anzukurbeln und die Betazellen zu schützen“, so Prof. Lickert. Die gezielte Beeinflussung von Inceptor könnte eine vielversprechende Strategie sein, um die Funktion der insulinproduzierenden Zellen bei Menschen mit Diabetes zu verbessern. „Unser Ziel ist es, mit Hilfe

unserer Entdeckung neue Medikamente zu entwickeln, die den Insulinhaushalt der Zellen unterstützen und ihre Lebensfähigkeit verlängern.“ Um die Erkenntnisse aus dem Labor in die Praxis zu überführen, hat Prof. Lickert zusammen mit Dr. NIKOLAS UEZ das Start-up Viacure gegründet. Beide Gründer teilen die Vision, die Entwicklung von Medikamenten voranzutreiben, die gezielt Inceptor blockieren und dadurch die Betazellen schützen oder regenerieren sollen. „Unser gemeinsames Ziel ist es, den Weg für klinische Studien zu ebnet und dadurch einen entscheidenden Beitrag zur Behandlung, vielleicht sogar zur Heilung von Diabetes zu leisten“, erklären Prof. Lickert und Dr. Uez.

Siehler et al. 2024: Nat Metab 2024 Dec;6 (12): 2374-2390; doi: 10.1038/s42255-024-01164-y



Diabetes-Subtypen und Depressionssymptome

Um den Zusammenhang zwischen den Diabetes-Subtypen und dem von Menschen mit Diabetes wahrgenommenen, selbstberichteten Gesundheitszustand (Patient-reported Outcomes) zu untersuchen, werteten Forschende des DZD-Partners Deutsches Diabetes-Zentrum die Daten von 1.391 Teilnehmenden der Deutschen Diabetes-Studie (German Diabetes Study, GDS) aus.

Dabei füllten die Teilnehmenden auch validierte Fragebögen u. a. zu Depressionssymptomen und Diabetes-Disstress aus. Die Untersuchung zeigte, dass sich die Teilnehmenden je nach Diabetes-Subtyp bereits im ersten Jahr nach der Diagnose hinsichtlich der depressiven Symptome, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, des Wohlbefindens und der diabetesbezogenen Belastungen unterscheiden. So gaben Personen mit schwerem insulinresistentem Diabetes (SIRD) bei Studieneinschluss z. B. stärkere De-

pressionssymptome und eine niedrigere physische Lebensqualität an als Personen anderer Subtypen. Personen mit schwerem autoimmunem Diabetes (SAID) berichteten von stärkeren Depressionssymptomen und einer niedrigeren psychischen Lebensqualität als Personen mit mildem altersbedingtem Diabetes (MARD). Nach fünf Jahren hatten Personen mit SIRD nahezu dreimal bzw. zweimal häufiger

klinisch relevante Depressionssymptome und ein geringeres Wohlbefinden als Personen mit MARD. „Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Zugehörigkeit zu einem Diabetes-Subtyp mit dem Risiko zukünftiger depressiver Symptome zusammenhängt“, erklärt DZD-Forscherin Professor Dr. Dr. ANDREA ICKS, Direktorin des Instituts für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie am DDZ.

Sommer J et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2024 Dec;12 (12): 890-903; doi: 10.1016/S2213-8587(24)00234-1



Präzisionsprävention

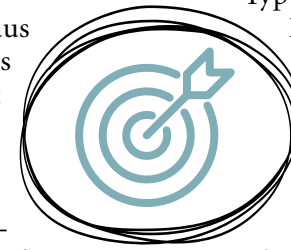
Professor Dr. ANDREAS BIRKENFELD, DZD-Vorstand, beleuchtet gemeinsam mit den Diabetesspezialisten PAUL FRANKS und VISWANATHAN MOHAN in einem Kommentar in der Fachzeitschrift „Circulation“ neue Perspektiven für eine präzisere Prävention.

Mit Hilfe von Daten aus der Tübinger Diabetes Familien(TUEF)-Studie ist es Forschenden des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) um Professor Dr. ROBERT WAGNER (aktuell DDZ Düsseldorf) und Professor Dr. ANDREAS FRITSCH (IDM Tübingen) gelungen, sechs verschiedene Subtypen des Prädiabetes zu identifizieren“, berichtet Prof. Birkenfeld, Tübingen. Für Menschen mit Prädiabetes macht es einen großen Unterschied, welchen Subtyp (Cluster) sie verkörpern: Drei der neu identifizierten Cluster zeichnen sich durch ein niedriges (Cluster 1, 2 und 4), drei (Cluster 3, 5 und 6) durch ein erhöhtes Risiko aus, Diabetes, Fettleber, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder

Nierenschäden zu entwickeln. Analysen der Prädiabetes-Lebensstil-Interventions-Studie (PLIS) zeigen, dass neben einer Gewichtsreduktion vor allem die Normalisierung der Glukoseregulation (Remission des Prädiabetes) das Risiko für Typ-2-Diabetes signifikant senkt.

Die Untersuchung ergab, dass die gezielte Remission von Prädiabetes zur normalen Glukoseregulation plus Gewichtsverlust das Risiko für Typ-2-Diabetes effektiver reduziert als der von den Behandlungsrichtlinien empfohlene Gewichtsverlust allein. Schlüsselfaktoren sind eine deutliche Verbesserung der Insulinresistenz sowie eine Reduktion des viszeralen Fettgewebes. Die Autoren plädieren dafür, dass sich die Präzisionsprävention bei Hochrisikopersonen für Diabetes und ASCVD auf die genaue Identifizierung der Personen mit dem höchsten Risiko konzentrieren sollte.

Birkenfeld AL et al. Circulation 2024 Dec 10; 150 (24): 1910-1912; doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.124.070463

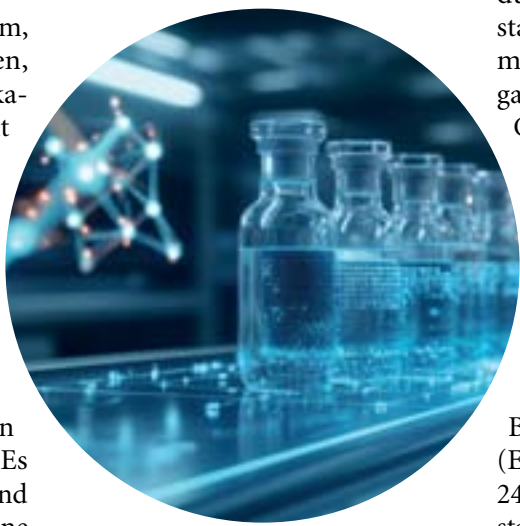


Ein riesiges Forschungsfeld mit dem »Rückgrat« GLP1-RA

Volle Pipelines bei Inkretin-(Co-)Agonisten

HANNOVER. Die Reise geht weiter: Cardio- und Nephroschutz sind schon Realität. Aber wie ist der Stand der Forschung?

Professor Dr. MARTIN HENI, Ulm, hat ein klares Bild vor Augen, wie ein ideales Adipositasmedikament beschaffen sein müsste. Mit GLP1-Rezeptoragonisten (GLP1-RA) als dem „Rückgrat“ diverser Kombinationspräparate, in denen auch andere enteropankreatische Hormone (wie Glukagon und Amylin) komplementäre und/oder synergistische Potenziale entfalten, sollten Zusatzeffekte auf Komplikationen der Adipositas erzielt werden. Es dürften keine Nebenwirkungen und kein Rebound-Effekt auftreten, eine Reduktion der Fettmasse, jedoch nicht der Muskelmasse erzielt werden, und das alles bei geringen Therapiekosten, seltener Anwendung und oraler Darreichung. In puncto Nebenwirkungen und Vermeidung des Rebound-Effekts „sind wir noch sehr weit von meinem Wunsch weg“, konstatierte Prof. Heni.



Allein 138 Substanzen zur Appetitregulation werden derzeit geprüft.

Foto: Worakit – stock.adobe.com

Dennoch gilt: „GLP1-Agonisten sind heute nicht mehr aus der Diabetes-therapie wegzudenken“, so Professor Dr. JOCHEN SEUFERT, Freiburg i. Br.

Die bereits verfügbaren Substanzen werden auch zur Organprotektion eingesetzt. Prof. Seufert erwartet durch neue, inkretinbasierte Substanzen in der Pipeline vieler Pharmakonzerne eine Ausweitung auf ganz unterschiedliche Indikationen. Gleichzeitig nimmt er an, dass 80% der neuen Moleküle nicht auf den Markt kommen werden. Diese Einschätzung stützt Prof. Heni. Nach seiner Auflistung werden aktuell allein 138 Substanzen im Hinblick auf die Appetitregulation (Appetite suppressants) untersucht. Das Potenzial für die Blockade der Energiespeicherung (Energy storage blockers) werde bei 24 Substanzen geprüft, von 40 Substanzen werde ein erhöhter Energieverbrauch (Energy usage efficiency) und von 16 Substanzen eine muskelerhaltende Wirkung (Muscle preservatives) erwartet.

Die kardiovaskuläre Sicherheit von GLP1-RA-basierten Therapien wurde bei Typ-2-Diabetes (T2DM) bestätigt, wie Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ, Berlin, berichtete. Auch

für Personen mit Adipositas wurde dies bereits gezeigt. Für Tirzepatid werden entsprechende Daten noch in diesem Jahr erwartet. Bereits klar sei der Stellenwert von GLP1-RA in der Behandlung der Adipositas. Weitere Substanzen, inklusive Mehrfachagonisten und GLP1-/Glukagon-Doppelagonisten, werden folgen. Bei T2DM und Herzinsuffizienz (HFpEF) bzw. chronischer Nierenerkrankung haben klinische Studien bei den primären Endpunkten ebenfalls Vorteile für Semaglutid gezeigt. Dies gilt für Tirzepatid auch bei Vorliegen von Adipositas und HFpEF. Als vielversprechend erachtet Prof. Gallwitz außerdem die Datenlage für Inkretin-(Co-)Agonisten bei einer Fettlebererkrankung. Auch für

neuroprotektive Effekte von GLP1-RA gibt es Hinweise aus der Grundlagenforschung. Erste klinische Studien laufen bereits. Wesentliche offene Fragen sieht Prof. Gallwitz neben den Folgen der Langzeittherapie in der ausgeprägten Heterogenität des T2DM.

Künftig: starker Einstieg, dann Erhaltungstherapie

Prof. Heni prognostiziert für die zukünftige medikamentöse Therapie der Adipositas den Einstieg mit einem sehr wirksamen Präparat. Langfristig könnte dann der Umstieg auf eine Erhaltungstherapie mit einem weniger wirksamen Präparat möglich sein, meinte der Experte. Da sehr zeitaufwendige, „ausgefuchste Therapiepläne für jeden einzelnen Menschen mit Adipositas“ nicht möglich sein werden, stehe die interessante Aufgabe bevor, wirksame und sichere, dabei einfache und gut umsetzbare Therapieregime zu entwickeln. In dieser Hinsicht erwartet er noch viel Arbeit. Dr. Karin Kreuel
Diabetes Herbsttagung 2024

»Ausweitung auf unterschiedliche Indikationen«

DDG Mitgliederversammlung

am Freitag, 30. Mai 2025, 8:00–10:00 Uhr im CityCube Berlin, Messedamm 26, 14055 Berlin, Raum A5

Sehr geehrte DDG Mitglieder,

wir möchten Sie ganz herzlich zur ordentlichen DDG Mitgliederversammlung einladen, die am 30. Mai 2025 als reine Präsenzveranstaltung im Rahmen des Diabetes Kongresses in Berlin stattfinden wird.

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

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

Herzliche Grüße aus der DDG Geschäftsstelle

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft



**30. Mai 2025,
8:00–10:00 Uhr
CityCube Berlin**

**Diabetes
Kongress 2025**
28.–31. Mai 2025
CityCube Berlin

Sport und Bewegung am Puls der Zeit

Wie lassen sich kardiorespiratorische Fitness und Muskelkraft erhalten?

HANNOVER. Fitness- und Gesundheitsstudios, die Menschen mit Diabetes ein sicheres Training ermöglichen, können diese Zusatzkompetenz inzwischen mit dem Gütesiegel „Fit mit Diabetes“ nach außen tragen. Treibende Kraft hinter der Initiative ist die DDG Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport & Bewegung. Ziel ist es, mehr Menschen mit Diabetes für Fitness- und Muskeltraining zu begeistern.

Wenn es gelingt, erklärte Couch-Potatoes zu einem Spaziergang zu motivieren, ist das erst einmal ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Doch natürlich deckt gemächliches Gehen an der frischen Luft nicht alle Aspekte körperlicher Bewegung ab, die für die kardiorespiratorische Fitness von Bedeutung ist. „Dabei entscheidet die kardiorespiratorische Fitness über Morbidität und Mortalität, das gilt auch für Menschen mit chronischen Erkrankungen“, erklärte Dr. MEINOLF BEHRENS vom Diabeteszentrum Minden. Tatsächlich sei die kardiorespiratorische Fitness bei Menschen mit Diabetes bereits im Kindes- und Jugendalter reduziert: Bei Typ-1-Diabetes um 10 %, bei Typ-2-Diabetes sogar um 44,5 %.

Umfassendes Training im Fitnessstudio – aber sicher!

In der Folge kommt es bei Typ-1-Diabetes bereits ab dem 40. Lebensjahr zu einem rascher fortschreitenden Verlust an Muskelkraft als bei Stoffwechselgesunden. Und bei Typ-2-Diabetes begünstigen Hyperglykämie, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Insulinresistenz und verminderte Insulinsekretion eine Sarkopenie. Umso wichtiger sei es, durch ein umfassendes Training alle sensomotorischen Beanspruchungsformen abzudecken, wie es etwa in Fitnessstudios möglich ist, die neben Gerätetraining unter qualifizierter Anleitung, Sporttrends wie Zumba oder Pilates, spezifischen Bewegungsangeboten wie Präven-

tions- oder Rehabilitationskurse und chipkartengesteuertem Zirkeltraining häufig auch Ernährungsberatung und Wellness anbieten.

Damit Menschen mit Diabetes sich beim Training im Studio sicher fühlen können, hatte die AG zwischen 2011 und 2019 bereits einmal in Kooperation mit dem TÜV Rheinland einen Versuch gestartet, Fitnessstudios zu zertifizieren. „Doch dann hat der TÜV die Zusammenarbeit aufgekündigt, weil die Nachfrage nicht ausreichend war“, bedauerte Dr. Behrens. Nun hat die AG einen Neustart gewagt und in Zusammenarbeit mit diabetesDE, der IST-Hochschule für Management und der Experten-Allianz für Gesundheit e.V. ein neues Gütesiegel („Fit mit Diabetes“) entwickelt, das Menschen mit Diabetes ein sicheres Training in Fitness- und Gesundheitsstudios in Deutschland ermöglichen soll.

»In den Studios geht es um die Vermittlung der Diabetes-Basics«

Wichtig bei Diabetes: ein umfassendes Training.

Mittlerweile sind vier Studios zertifiziert, ein weiteres Audit steht an. „Damit es mehr werden, brauchen wir Ihre Unterstützung“, betonte Dr. Behrens und bat die Diabetolog*innen im Plenum, den Kontakt mit Fitnessstudios in ihren jeweiligen Regionen zu suchen, Fitnesstrainer*innen Hospitationen in ihren Diabetesseinrichtungen zu ermöglichen, Studios als kooperierende Ärzt*innen zu unterstützen und an der Diabetesausbildung von Trainer*innen mitzuwirken. „Unser Anspruch ist es nicht, Trainer zu Diabetologen auszubilden“, betonte er. „Doch sie sollten mit den diabetes-spezifischen Organkomplikationen und Notfallszenarien vertraut sein. Wir ahnen manchmal gar nicht, wie groß die Wissenslücken in der Allgemeinbevölkerung und auch bei Trainern in Sachen Diabetes sind. Da geht es um die Basics.“ Aus Sicht von Dr. SVEN ZEISSLER, Studioleiter beim Sportpark Zwickau, verdient insbesondere das

»Gesucht: praktikable Surrogatparameter zur Messung der Muskelkraft in der Praxis«

Krafttraining besondere Aufmerksamkeit, insbesondere für Menschen mit langjährigem Diabetes und Begleiterkrankungen. Und zwar auch aus ganz praktischen Gründen, wie er am Beispiel von Patient*innen erläuterte, die infolge einer Niereninsuffizienz auf eine Dialyse angewiesen sind: „Wenn ihre körperliche Fitness nachlässt, können sie nicht mehr selbst zur Dialyse kommen, sondern brauchen ein Taxi oder sogar einen Krankentransport. Das ist nicht nur sehr belastend, sondern auch teuer“, erklärte er.

Verlust von Muskelkraft betrifft nicht nur ältere Menschen

Doch selbst jemand, der kaum noch gehen kann, profitiert seiner Einschätzung nach vom Krafttraining: „Wenn er sich aus dem Stuhl an einer Sprossenwand hochzieht und mehrere Wiederholungen schafft, dann ist das für ihn unter Umständen ein Krafttraining im hochintensiven Bereich.“ Allerdings dürfe im Rahmen einer Verordnung für RehaSport kein Gerätetraining durchgeführt werden, kritisierte Dr. Zeißler, dabei sei es nur mit Krafttraining – anders als bei Ausdauer- und hochintensivem Intervalltraining – möglich, Muskelmasse aufzubauen. Ein alters- oder krankheitsbedingter Verlust von Muskelmasse wird gemeinhin als Sarkopenie bezeichnet.

Weniger bekannt ist hingegen das Konzept von Dynapenie, das aus der Gerontologie stammt und von Professor Dr. KLARA BRIXIUS von der Sporthochschule Köln vorgestellt wurde: „Man versteht darunter einen altersbedingten Kraftverlust, der nicht durch neurologische oder muskuläre Erkrankungen verursacht worden ist.“ Eine Dynapenie sei auch unabhängig von der Muskelmasse. Vielmehr werden Veränderungen im Motorkortex oder in der Muskulatur selbst dafür verantwortlich gemacht.

Ein Verlust der Muskelkraft, vor allem in den großen Muskelgruppen, tritt häufig schon vor dem 65. Lebensjahr auf. Daher plädierte Prof. Brixius dafür, nicht nur ältere Menschen zu screenen, sondern auch bei Jüngeren mit entsprechenden Risikofaktoren zumindest einmal die Handgriffkraft zu messen: „Falls die verändert ist, sollte man nach Veränderungen in der großen Muskulatur schauen“, riet sie. Hierfür sind allerdings Spezialgeräte, viel Erfahrung und auch Zeit erforderlich. „Wir bräuchten also praktikable Surrogatparameter zur Messung der Muskelkraft in der Praxis“, meinte die Referentin. Doch diese fehlten bislang ebenso wie konkrete Norm- und Grenzwerte sowie Empfehlungen. *Antje Thiel*

Diabetes Herbsttagung 2024

Wer mithelfen möchte, dass es bald mehr Studios mit dem Siegel „Fit mit Diabetes“ gibt, wendet sich an Dr. Meinolf Behrens, mb@diabetes-minden.de

Wie viel Protein braucht es für den Muskelaufbau?

Für Personen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes gelten keine gesonderten Empfehlungen für die Proteinzufuhr, erklärte Professor Dr. KARSTEN KÖHLER von der Technischen Universität München. Entsprechend gilt für sie die allgemeine Empfehlung, wonach nicht bis wenig aktive Erwachsene täglich mindestens 0,8 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht zu sich nehmen sollten, um ein Gleichgewicht aus Muskelproteinsynthese und -abbau zu erzielen. Erwachsene über 65 Jahre benötigen mindestens 1,0 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht, um Sarkopenie vorzubeugen. Klassischerweise wird der Proteinbedarf mithilfe einer Stickstoffbilanz berechnet. Rechnet man nach einer neueren Methode (Indikator-Aminosäure-Oxidation, IAAO), kommt man auf eine optimale Proteinzufuhr von täglich etwa 1,2 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht. Durch eine Aufteilung der Proteinmenge auf mehrere Mahlzeiten (etwa 30 g pro Mahlzeit) könne man die Muskelproteinsynthese optimieren.

Bei intensivem Training könnten täglich bis zu 1,65 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht sinnvoll sein, „doch eine Proteinzufuhr darüber hinaus hat keinen zusätzlichen Effekt“, sagte Köhler. Zugleich betonte er: „Krafttraining ist der entscheidende Stimulus für den Muskelaufbau – Protein allein reicht nicht aus.“



Fotos: elenabsl – stock.adobe.com

NEU

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



Prof. Lutz Heinemann



NEUE
RUBRIK
„TEC-UPDATE“!



Prof. Bernd Kulzer

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



**Jetzt Reinhören
und abonnieren!**

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

MedTriX Group
we care for media solutions

Lotsen für den DFS-Versorgungsdschungel

Das Symposium der AG Diabetischer Fuß zeigt dem Diabetesteam Wege auf

HANNOVER. Gibt es Evidenz für neuere Methoden der Wundtherapie – oder ist das alles Hokusfokus? Und wie sollte man mit der neuen Risikogruppeneinteilung beim DFS umgehen?

Zu den neueren Methoden der lokalen Wundtherapie, die über Druckentlastung und weitere Standards hinausgehen, gibt es nur wenige verblindete RCTs. „Die Hypes um so manche Methode sind auf der Basis der Studienlage nicht gerechtfertigt“, meinte Dr. FLORIAN THIENEL, Quakenbrück. So könne der Einsatz eines autologen Fibrin-Patches zwar leitliniengerecht „nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Standardbehandlung ohne Abheilungserfolg“ erwogen werden.

Für autologe Leukozyten/Thrombozyten/Fibrin-Patches und synthetischen Hautersatz (Amnion/Chorion-Membranen) seien aber momentan weder die Verfügbarkeit in Deutschland noch die Kostenerstattung geklärt.

Die hyperbare Sauerstofftherapie (HBOT) und die Unterdruck-Wundtherapie (NPWT) seien unter bestimmten Voraussetzungen gemäß G-BA-Beschlüssen verordnungsfähig. Dies sei für Kaltplasma (CPT) und die topische Sauerstofftherapie

noch nicht möglich. Dr. Thienel erachtet deren Anwendung derzeit nur in Studien als sinnvoll, um Evidenz zu generieren. Bei der Wundabdeckung mit Fischhaut reichen ihm die Ergebnisse der ersten gefäßchirurgischen Studie nicht aus, zumal er die Therapiefinanzierung auch für diese Methode als kritisch ansieht.

Wichtig: ein präziser Verordnungstext

Am 21.04.2024 wurde die neue Risikogruppeneinteilung beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS) und bei analogen Neuro-Angio-Arthropathien von der AG Diabetischer Fuß der DDG und dem Beratungsausschuss der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) für Orthopädienschuhtechnik verabschiedet.

Mit der Schuh- und Einlagenverordnung kennt sich der Kölner Orthopädienschuhmachermeister LEO LELGEMANN aus. Es sei sehr wichtig, dass die Risikogruppen „von der Diagnose und der Verordnung gestützt werden“. Wie Lelgemann erklärte, ist die Risikogruppe 2a durch das Vorliegen einer Polyneuropathie (PNP)/peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), nicht durch den

Fußzustand gekennzeichnet. Betroffene erhalten eine schuhtechnische Regelversorgung durch für DFS geeignete Schuhe und ggf. Einlagen.

Die Risikogruppen „verlaufen nicht chronologisch“, so Lelgemann, „ab Risikogruppe 2b sprechen wir von einem DFS“, also einem Risikofuß, bedingt durch PNP/PAVK und zusätzliche Faktoren. Lelgemann betonte, wie bedeutend die Angabe der Zusatzkriterien ist, damit die Genehmigung durch die Krankenkasse ihren Gang nehmen kann. Als Beispiel beschrieb er Risikogruppe

»Gegenausgleich nicht vergessen«

4, den Risikofuß durch PNP/PAVK und Disproportion/Deformität. Hier gelte es, bei der Diagnose die konkrete Fuß-/Zehenfehlstellung anzugeben.

Risikogruppe 7 wurde in vier Untergruppen aufgeteilt. Neben Ruhigstellung und Entlastung richte sich die individuelle Auswahl der Hilfsmittel nach den Empfehlungen der IWGDF-Leitlinien. „Und, ganz wichtig, den Gegenausgleich nicht vergessen“, sagte Lelgemann. Für Risikogruppe 3 (Z. n. Ulkus) sollte die Ulkus-Lokalisation exakt angegeben werden. Denn: Patient*innen könnten aufgrund von Sprachbarrieren oder anderen Ursachen oft nicht genau genug beschreiben, was vorgefallen sei. Für die Risikogruppen 2 (a/b), 4 und 7 gebe es eine klare Empfehlung für die Regelversorgung. Dagegen bleibe für die Gruppen 3, 5 und 6 ein „Interpretationsspielraum“.

Dr. Karin Kreuel



Damit Menschen mit DFS gut versorgt werden, muss ihnen das Diabetesteam den Weg weisen.

Foto: Christian – stock.adobe.com

Einteilung in Risikogruppen

Die neue Risikogruppeneinteilung bei DFS und bei analogen Neuro-Angio-Arthropathien wird in einem Artikel auf dem Fachportal des Bundesinventionsverbandes für Orthopädie-Technik vorgestellt. Einer der Autoren ist Dr. Karl Zink, Bad Mergentheim, stv. Sprecher der AG Diabetischer Fuß.

Tabelle mit den Risikogruppen: diabetologie-online.de



Fachartikel: 360-ot.de

Diabetes Herbsttagung 2024

MEDICAL REPORT

Früherkennung von Typ-1-Diabetes

Ein Weg zur besseren Versorgung

Die progressive Autoimmunerkrankung Typ-1-Diabetes beginnt ohne Symptome und bleibt oft bis zur klinischen Manifestation unerkannt.¹ Eine Früherkennung in präsymptomatischen Stadien bietet nicht nur die Chance, schwere Komplikationen wie diabetische Ketoazidosen zu vermeiden, sondern ermöglicht auch eine gezielte Anpassung an das Leben mit der Erkrankung.^{2,3} Screening-Programme liefern vielversprechende Ergebnisse,^{4,5} um frühzeitig Maßnahmen für eine nachhaltig bessere Versorgung einleiten zu können.⁶

Etwa 60% der Betroffenen entwickeln ihren klinisch manifesten Typ-1-Diabetes nach dem 20. Lebensjahr.⁷ Dennoch ist Typ-1-Diabetes die häufigste Stoffwechselerkrankung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland⁸ mit einer Prävalenz von 235 pro 100.000 Personen.⁹ Trotz genetischer Prädisposition haben neun von zehn Erkrankten keine nahen Verwandten mit Typ-1-Diabetes, was zeigt, dass grundsätzlich jede*r betroffen sein kann.^{1,10} Typ-1-Diabetes ist durch eine fortschreitende Zerstörung der insulinproduzierenden Betazellen charakterisiert, die auf einer fehlgeleiteten Immunantwort

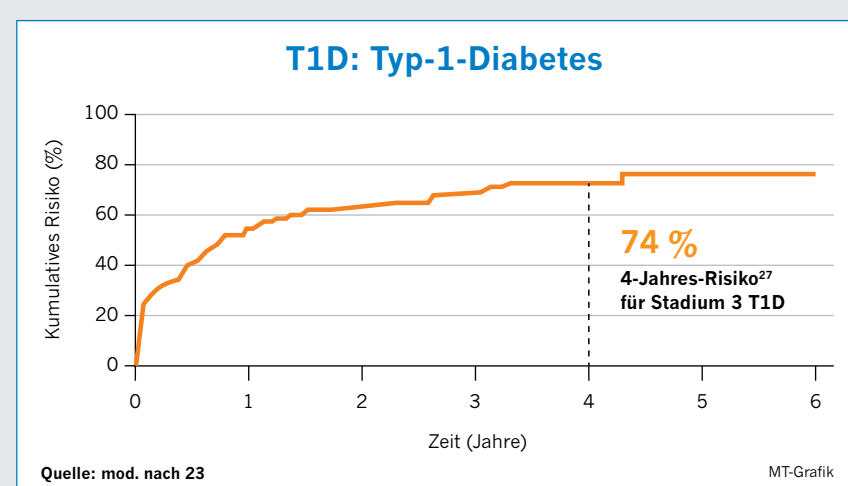


Abb. 1. Progressionsrisiko bei Typ-1-Diabetes. Kumulatives Risiko für das Fortschreiten von Stadium 2 zu Stadium 3 in der TrialNet Natural History Studie.

beruht.¹¹ Dieser Prozess kann Monate bis Jahre vor dem Auftreten klinischer Symptome beginnen.^{1,12,13} Durch den Nachweis von Inselautoantikörpern im Blut kann die Erkrankung bereits im Frühstadium erkannt werden.¹

Die Stadien der Autoimmunerkrankung

Die Initiierung des Typ-1-Diabetes tritt in den ersten beiden Lebensjahren auf.^{14,15} Die Entwicklung gliedert sich in drei Stadien. In den asymptomatischen Stadien 1 und 2 sind

charakteristischerweise bereits zwei oder mehr Inselautoantikörper im Blut vorhanden. Ein ansteigender Blutzuckerspiegel tritt ab Stadium 2 auf. Die klinische Manifestation in Stadium 3, ab welcher eine exogene Insulintherapie notwendig ist, geht einher mit einem oder mehr Inselautoantikörpern, sie können teilweise aber auch fehlen.^{1,12,16}

Menschen mit Typ-1-Diabetes im Stadium 2 haben ein Risiko von knapp 50%, innerhalb der nächsten zwei Jahre,⁵ und ein Risiko von 75%, innerhalb der nächsten fünf Jahre

einen symptomatischen Typ-1-Diabetes des Stadiums 3 zu entwickeln (Abb. 1).³ Das Lebenszeitrisko liegt bei nahezu 100%.³

Späte Diagnose mit weitreichenden Folgen

Häufig erfolgt die Diagnose erst im klinischen Stadium 3, mitunter begleitet von akuten Komplikationen wie einer diabetischen Ketoazidose (DKA). Diese Stoffwechsellage tritt bei 20–30% der Patient*innen auf¹⁷ und kann langfristige Folgen wie neurokognitive Beeinträchtigungen^{18–20} und eine schlechtere Blutzuckerkontrolle nach sich ziehen.²¹ Eine frühzeitige Diagnose ermöglicht es hingegen, solche Risiken zu minimieren.² Zudem hilft die Früherkennung, den richtigen Zeitpunkt für den Beginn einer Insulintherapie zu finden und so eine Entgleisung des Blutzuckers zu vermeiden.¹²

Das Potential von Screening-Programmen

Die Früherkennung von Typ-1-Diabetes wird durch Programme wie die vom Helmholtz Munich initiierte Fr1da-Studie maßgeblich vorangetrieben. Diese Screening-Initiative untersucht Kinder auf das Vorhandensein von Inselautoantikörpern.

Ergebnisse zeigen, dass etwa eines von 350 Kindern in Deutschland einen unentdeckten Typ-1-Diabetes im Frühstadium aufweist.^{4,5} Besonders hervorzuheben ist, dass bei Teilnehmer*innen dieser Studie die Rate der DKA bei klinischer Manifestation auf lediglich 2,5% reduziert werden konnte.⁴

Die Bedeutung der frühen Intervention

Durch den Nachweis von Inselautoantikörpern in den frühen Stadien kann Typ-1-Diabetes diagnostiziert werden, bevor schwere Komplikationen auftreten.¹² Dies bietet ein enormes Potenzial, die Versorgung und Lebensqualität von Betroffenen nachhaltig zu verbessern. Eine frühzeitige Diagnose verschafft Betroffenen und ihren Familien wertvolle Zeit, um sich auf ein Leben mit der Erkrankung vorzubereiten.³ Schulungen und psychologische Unterstützung können dazu beitragen, die Belastung zu reduzieren und den Umgang mit der Diagnose zu erleichtern.²² Zudem eröffnet die Früherkennung potenziell den Zugang zu klinischen Studien.²

Literatur



»Man hat wahnsinnig viele Stellschrauben«

Die AG Nachwuchs möchte nicht nur den Nachwuchs erreichen

HANNOVER. Nachwuchs gewinnen, neue Formate ausprobieren, die Prävention voranbringen – das sind Ziele der AG Nachwuchs, die während der Podcast-Aufnahme zur Diabetes Herbsttagung zur Sprache kamen.

? **Alessandro, Du bist neu in der Runde. Wie kommst du zur AG Nachwuchs und wie erlebst du sie?**

Alessandro Falcone: Zur AG bin ich durch meine Doktorarbeit am Deutschen Diabetes-Zentrum gekommen. Im Oktober 2022 habe ich die Diabetes Herbsttagung besucht – und da war ich direkt begeistert, weil man von der AG so gut in die Tagung eingeführt und sehr gut aufgenommen wird. Seitdem bin ich eigentlich bei jedem Kongress dabei.

? **Bei einer eurer Veranstaltungen habt ihr etwas Neues ausprobiert: eine „Plate Challenge“. Da hat man diskutiert, wie viele Kohlenhydrate ein Lebensmittel hat. Seid ihr mit diesem Format in eine Lücke gestoßen?**

Jasmin von Zezschwitz: Ich glaube schon, dass es eine Lücke ist, weil die Medizin sich ja manchmal so ein bisschen in der Medizin verliert. Als wir für die Tagung geplant haben, ist uns aufgefallen, dass mitten unter uns Menschen mit Typ-1-Diabetes sind; Typ-2-Diabetes weiß ich nicht genau. Ich lebe selbst mit Typ-1-Diabetes, und da dachten wir: Es bietet sich doch an, einfach mal aufzuzeigen, was aus medizinischer Sicht manchmal vielleicht gar nicht mitgedacht wird. Deswegen waren wir auch ganz, ganz dankbar für das Tagungsmotto „Der Mensch im Mittelpunkt“. Es ist so wichtig, den Menschen wieder in den Mittelpunkt zu rücken, denn am Ende des Tages passiert alles auf diesen Kongressen, damit wir Menschen helfen können. Manchmal denkt man ja, es geht vor allem um die Forschung an sich, aber es sollte ja immer mit einem Ziel geforscht werden. Und das ist gerade in der Diabetologie eigentlich wahnsinnig einfach, denn wir haben ein ganz breites Spektrum an Ansatzpunkten, wo man helfen kann.

? **Alessandro, du bist erfolgreicher Podcaster und in deinem LinkedIn-Profil steht: „Meine Mission: so vielen Menschen wie möglich dabei helfen, ihre Gesundheit in die eigene Hand zu nehmen und ihr genetisches Potenzial voll auszuschöpfen.“ Wie kommst du damit voran?**

Falcone: Also, wenn ich ein, zwei Menschen zu einem gesunden Le-

»Bringt nach vorn: Netzwerken«

bensstil motivieren kann, habe ich schon mal alles richtig gemacht. Mein Ziel ist es, den Menschen durch die Interviews mit Experten wissenschaftlich fundierte, hochaktuelle Informationen zur Verfügung zu stellen – quasi als Hilfe zur Selbsthilfe. Denn ja, wir haben in der Wissenschaft oft die Tendenz, uns in Fachbegriffen zu verirren. Ich glaube, die Kunst ist es, komplexe Themen in einer einfachen Sprache zu vermitteln, und zwar auf eine moderne Art, also durch Medien wie Podcasts und Social Media. Da können wir viel machen, denn die Menschen sind auf Social Media, die Menschen sind im Internet, und wenn wir sie dort abholen und erreichen, können wir sehr viel bewegen.

Von Zezschwitz: Das Thema Prävention hat uns auch in der Vorbereitung auf die Herbsttagung beschäftigt. Menschen informieren, Menschen dazu anleiten, sich selbst zu helfen, darum geht es. Es gibt immer einen Punkt, wo man ansetzen kann. In Zukunft wollen wir uns auch in der AG Prävention einbringen. Denn es fehlt noch so ein bisschen dieser moderne Ansatz, den Alessandro verfolgt und bei dem es darum geht, die Menschen abzuholen. Das möchten wir vorantreiben.

? **Lasst uns noch einmal auf die Aktivitäten der AG schauen ...**

Von Zezschwitz: Wir freuen uns immer, wenn wir Leute vernetzen können – ich glaube, das ist auch einer der größten Gewinne dieser Kongresse. Mein erster Kongress war online, während der Pandemie. Und dann war ich das erste Mal vor Ort dabei und total begeistert von den Kontakten. Das Netzwerken und sich über neue Ideen auszutauschen, bringt uns alle nach vorne. Natürlich ist es unser Ziel, Leute in die Diabetologie zu bringen. Wir versuchen, unser Angebot immer so breit und trotzdem so spezifisch wie möglich zu gestalten. Das ist manchmal ein ganz schmaler Grat, weil man auch hier gucken muss: Wo kann man die Leute abholen? Wichtig ist uns auch, Leuten in den Nachwuchssymposien zu ermöglichen, ihre eigene Forschung vorzustellen und sie mit großen Namen zusammenzubringen. Es findet da ganz viel Vernetzung statt – und viele finden darüber ihre Traumstelle.

? **Traumstelle ist ein gutes Stichwort: Wie stellt ihr euch den idealen Arbeitsplatz vor?**

Falcone: Diese Frage stellt man sich als angehender Arzt häufig. Möchte ich in die Wissenschaft? Möchte ich mich niederlassen? Wissenschaft ist zwar super spannend. Geht man aber in die Forschung, wird man nischig und fokussiert darauf komplett seine Ressourcen. Ich sehe mich eher als Wissenschaftskommunikator, der Forschung

»Bei Diabetes hat man als Arzt einen großen Impact«



JASMIN VON ZEZSCHWITZ

Die Ernährungswissenschaftlerin ist Mitglied im Board der AG Nachwuchs der DDG und Sprecherin der AG Prävention. Derzeit absolviert sie an der Universität Kopenhagen ihr Masterstudium im Fach Human Nutrition. Sie lebt selbst mit Typ-1-Diabetes.



ALESSANDRO FALCONE

Der Doktorand am Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf hat mit „Modern Medicine mit Alessandro Falcone“ seinen eigenen Podcast und war damit zeitweise in den Top 5 der deutschen Gesundheitspodcasts in den Spotify-Podcast-Charts.

übersetzt in eine verständliche Sprache für die breite Masse – und das kombiniert mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit. Ich kann mir irgendwann definitiv eine Niederlassung vorstellen. Super, super wichtig ist dabei das ärztliche Gespräch, das leider oft vernachlässigt wird.

Von Zezschwitz: Ich wünsche mir, dass der Arbeitsplatz der Zukunft sehr menschenzentriert ist. Was oft fehlt, ist Zeit. Ich kenne das aus Patientensicht, aber auch von der anderen Seite. Man wünscht sich oft, dass man noch über ein bestimmtes Thema gesprochen hätte. Und das hat ja auch wieder ganz viel mit der Frage zu tun, wie man Menschen erreichen kann. Vielleicht brauchen wir dafür neue Formate, neue Ansätze.

? **Nun die entscheidende Frage: Warum sollten junge Menschen sich für die Diabetologie entscheiden?**

Von Zezschwitz: Wir wollen, dass Leute die Diabetologie erleben und so ein bisschen ihr Herz daran verlieren. Diabetes ist ein Bereich, in dem man eine Million Möglichkeiten hat. Man kann sich spezialisieren oder auch sehr breit aufgestellt bleiben. Man hat wahnsinnig viele Stellschrauben, an denen man Menschen helfen kann. Und das, finde ich, ist eine Chance, die man in wenigen Bereichen hat. Und deswegen ist – und das darf ich sagen als Mensch mit Typ-1-Diabetes – Diabetes eine wirklich gute Krankheit.

Falcone: Das Positive aus ärztlicher Perspektive ist, dass man einfach

einen sehr, sehr großen Impact hat. Das ist in anderen Fächern oft ganz anders. Da kann man als Arzt die Erkrankung diagnostizieren, aber therapeutisch unter Umständen nicht so viel machen. Dieser große Impact ist für die Motivation eines Arztes oder einer Ärztin sehr, sehr schön.

Interview: Günter Nuber, Michael Reischmann; Zusammenfassung: Nicole Finkenauer

nachgefragt

Für den Diabetologie-Durchblick
der Podcast für Expert*innen



Neugierig auf die komplette Podcast-Folge?

Dann hören Sie sich die Folge mit Jasmin von Zezschwitz und Alessandro Falcone von der AG Nachwuchs in voller Länge an. Darin geht es noch ausführlicher um Prävention und die Möglichkeiten, die die Diabetologie bietet. Zugriff auf diese und alle weiteren, über 50 Folgen von O-Ton Diabetologie haben Sie auf medical-tribune.de und auf gängigen Podcast-Plattformen.



Wechselbeziehungen zwischen Emotionen und Essverhalten

Wer zum Kuchen greift, will möglicherweise Stress oder Einsamkeit verdrängen

BERLIN. Essen ist ein intuitives Grundbedürfnis. Doch für Menschen mit Diabetes ist die Nahrungsaufnahme immer mit vielen Überlegungen verbunden, die manchmal auch pathologische Züge annehmen können. Dann sind Psychodiabetolog*innen und Diabetesberater*innen gefragt, den Wechselwirkungen zwischen Psyche und Somatik auf die Spur zu kommen und Menschen bei den nötigen Verhaltensänderungen zu begleiten.

Zu den Einflussfaktoren, die das Ernährungs- und Essverhalten prägen, zählte LARISSA HAAG, Psychologische Psychotherapeutin aus Pfaffenhofen, das Wissen über die Erkrankung, etablierte Routinen im Alltag, Ängste (etwa vor Gewichtszunahme oder Hypoglykämien), Zeitdruck und Stress und das soziale Umfeld – „da geht es z. B. um die soziale Erwünschtheit, also wie es von anderen Menschen aufgenommen wird, wenn jemand am Tisch Insulin spritzt.“ Doch auch die finanziellen Möglichkeiten – Stichwort Einkauf gesunder Lebensmittel – und die Behandlungsform spielen eine Rolle. Daneben hob sie die unterschiedlichen Ernährungsformen und die Selbstwahrnehmung von Menschen mit Diabetes hervor: „Spüre ich, wenn ich satt bin? Wenn ich eine Hypoglykämie habe?“

Fallbeispiel: Fixierung auf „gesunde“ Ernährung

Die Psychologin verdeutlichte diese Komplexität anhand des Fallbeispiels einer 23-jährigen Frau mit Typ-1-Diabetes, die wegen anhaltender Antriebslosigkeit, Interessenverlust und Freudlosigkeit ihre Praxis aufsuchte. Sie hatte sich sozial zurückgezogen und berichtete von einem restriktiven Essverhalten mit rigiden Regeln. „Alles war in

„gute“ und „schlechte“ Lebensmittel eingeteilt, die Patientin zeigte außerdem eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme und Hypoglykämien“, berichtete Haag. Dies führte dazu, dass sie sich ausschließlich von selbstgekochten Mahlzeiten ernährte – Ausgehen oder spontane Verabredungen zum Essen waren bei dieser Form der Ernährung nicht möglich. Sie lebte in ständiger Sorge, wie die Ernährung die Gesundheit und den Diabetes beeinflussen könnte, dennoch lag ihr HbA_{1c} zu Beginn der Therapie bei 8,5%. Für die Psychologin sah alles nach einer sog. Orthorexia nervosa aus,

also eine krankhafte Fixierung auf „gesunde“ Ernährung. „Das ist allerdings noch keine eigenständige Diagnosekategorie, wird daher anders kodiert“, betonte Haag. Es wurden daher u. a. eine rezidivierende depressive Störung, Dysthymia und eine Anorexia nervosa diagnostiziert. „Menschen mit Diabetes essen ohnehin nicht mehr intuitiv, da ist immer viel Nachdenken dabei“, so die Referentin. „Doch meine Patientin war in ständiger Sorge, wie sich das Essen auf ihren Blutzucker auswirken könnte. Sie verzichtete z. B. auf Öl, um die Verzögerung des Blutzuckeranstiegs durch Kohlenhydrate zu vermeiden.“ Für eine gestörte Körperwahrnehmung sprach, dass die Patientin bei 178 cm Körpergröße nur 53 kg wog, sich aber selbst als zu dick empfand.

»Emotionales Essen beachten«

Die Therapie umfasste kognitive Umstrukturierung und Expositionsübungen, die der Frau halfen, ein intuitiveres Essverhalten zu entwickeln und ihre Ängste zu reduzieren. „Wir haben z. B. gemeinsam Hypothesen aufgestellt, wie sich ein bestimmtes Essen mit anschließender Bewegung auf den Blutzucker auswirken wird, und diese Hypothesen dann überprüft. Die Patientin selbst schätzte, dass sie nach einem Sandwich mit Belag, zwei Einheiten Insulin und einem Spaziergang bei einem Glukosewert von 60 mg/dl ankommen würde – tatsächlich lag dieser aber dann bei 120 mg/dl.“ Die Behandlung dauerte anderthalb Jahre.

Am Ende hatte die Frau 4 kg zugenommen, aß deutlich vielfältiger und intuitiver, hatte mehr Sicherheit im Umgang mit niedrigen Glukosewerten und ihr HbA_{1c} auf 7,8% reduziert.

Essverhalten und Emotionen beeinflussen sich

Dr. NICOLA HALLER, Diabetesberaterin und Medizinpädagogin aus Augsburg, widmete sich der Ernährungspsychologie. Dr. Haller riet dazu, sich auch in der alltäglichen Beratung in Diabetespraxen gezielt nach äußeren Reizen zu erkundigen, die das Ess- und Ernährungsverhalten der Patient*innen beeinflussen. So könnten z. B. Veränderungen im sozialen und beruflichen Umfeld zu

signifikanten Veränderungen der Essgewohnheiten führen.

Besonderes Augenmerk lenkte sie auf das emotionale Essen, also die Nahrungsaufnahme als Reaktion auf positive oder negative Einflüsse: „Mit dem Essen, das eigentlich gar nicht vorgesehen war, wollen die Menschen dann bestimmte Emotionen überdecken. Emotionen verändern das Essverhalten – und das Essverhalten verändert Emotionen.“ Zum Schutz vor ungesunden Extremen sollten vier Verhaltensweisen vermieden werden: Essen als Belohnung, gegen Schuldgefühle, als Strafe und aus Frust.

Mahlzeiten fotografieren, mit den CGM-Kurven kombinieren

Wer ständig über sein Essverhalten nachdenkt und sich zum Verzicht zwingt, sei anfälliger für Störungen der Sättigungsregulation und Konzentration, Heißhungeranfälle, Bulimie und Depressionen. Neben den persönlichen Einstellungen empfahl Dr. Haller, auch über den Stellenwert im Alltag zu sprechen: „In welchen Settings essen Sie? Wie oft treffen Sie Freunde und essen zusammen? Nehmen Sie sich Zeit für Kochen und gemeinsame Mahlzeiten? Was ist Ihnen beim Essen wichtig?“ Daneben helfen Ernährungsprotokolle, einen Überblick zu bekommen. „Manche Menschen sind buchhalterisch veranlagt und schreiben gern alles auf“, so Dr. Haller. Bei anderen, die nicht schreiben mögen, habe sie gute Erfahrungen mit der Fotodokumentation gemacht: „Das funktioniert gut und wird auch gut gemacht.“ Daneben hält sie viel davon, Fotos vom Essen zusammen mit den Glukosekurven eines CGM-Systems zu dokumentieren: „Das entfaltet einen ungeheuer großen Effekt auf das Verhalten.“ Antje Thiel Diabetes Kongress 2024



»Expositionsübungen können helfen, ein intuitiveres Essverhalten zu entwickeln«

Brücken und Wege

Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß in Regensburg



REGENSBURG. „Brücken und Wege für Patientinnen und Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom“ lautet das Motto der Jahrestagung 2025 der AG Diabetischer Fuß, die Ende Februar stattfindet.

Schon zum 33. Mal treffen sich am DFS interessierte Arzt*innen, Orthopädienschuhtechniker*innen und Angehörige weiterer mit dem DFS befasster Berufsgruppen zur Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß. Im Programm: viele Work-



Foto: Sina Eitmer – stock.adobe.com

shops mit viel praxisnahe Input. Themen sind z. B. Wundtherapie mit Unterdruck, Sehnenchirurgie und

Druckmessungen, aber auch Survival-Strategien für DFS-Zentren – und natürlich Vorträge, z. B. zur „Wundversorgung 2025“ und zu „DFS – State of the Art“. „Die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms befindet sich in einem steten Wandel“, heißt es in der Einladung zur Jahrestagung, außerdem wird betont, dass es neben interdisziplinären und multipro-

fessionellen Vorträgen im Plenum auch Workshops der verschiedenen Arbeitsgruppen und zu den Zertifizierungen geben wird. Im Rahmen der Jahrestagung findet am Freitag, 21.02., zudem die jährliche Mitgliederversammlung der AG Diabetischer Fuß statt. Tagungspräsidentin ist ANGELIKA DEML aus Regensburg, Bildungsreferentin für Diabetes mellitus, Katholische Akademie für Gesundheitsberufe, MSc Diabetes Care, Diabetesberaterin DDG, Wundas-

sistentin DDG, Podologin DDG; Tagungspräsident ist Dr. TOBIAS WEISSGERBER, Kardiologe und Diabetologe DDG, der als Oberarzt am Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg tätig ist. Er hat außerdem die Ärztliche Co-Leitung der Katholischen Akademie für Gesundheitsberufe in Regensburg inne. nf

Alle Informationen zur Jahrestagung am 21./22. Februar unter [ag-fuss-ddg.de/jahrestagung-der-ag-fuss](https://www.ag-fuss-ddg.de/jahrestagung-der-ag-fuss)

Ich sehe was, das du nicht spürst ...

CGM deckt viele klinisch unauffällige Unterzuckerepisoden auf

LONDON. Viele Menschen mit insulinbehandeltem Diabetes nutzen CGM, um schneller auf Blutzuckerschwankungen reagieren zu können. Die Mehrzahl der von den Sensoren detektierten Hypoglykämien nehmen die Betroffenen allerdings gar nicht wahr. Umgekehrt bilden die CGM-Systeme einen erheblichen Anteil der subjektiven Unterzuckerepisoden nicht ab.

Ein starkes Absinken des Blutzuckerspiegels kann neurokognitive Beeinträchtigungen nach sich ziehen und den Herzmuskel schädigen, erläutert PATRICK DIVILLY vom King's College London. CGM-Systeme können diesen Komplikationen vorbeugen: Menschen mit Diabetes, die sie nutzen, erleben seltener schwere Hypoglykämien. Auch die Dauer der Episoden ist bei ihnen kürzer. Viele der von den Sensoren dokumentierten Unterzuckerphasen haben allerdings kein klinisches Korrelat. Mit dieser Thematik beschäftigte sich die Hypo-METRICS-Studie: Sie prüfte die Häufigkeit und Dauer von CGM-detektierten Hypoglykämieepisoden bei insulinbehandeltem Diabetes und ging unter anderem der Frage nach, wie gut diese mit subjektiven Symptomen korrelieren.

CGM-Werte und subjektive Symptome: Es gibt Unterschiede

An der Beobachtungsstudie beteiligten sich Zentren in fünf europäischen Ländern, teilgenommen haben 276 Erwachsene mit Typ-1-Diabetes und 321 Personen mit insulinbehandeltem Typ-2-Diabetes, die in den vorangegangenen drei Monaten mindestens eine Hypoglykämie erlebt hatten. Sie trugen zehn Wochen lang einen CGM-Sensor. Über diese Messergebnisse erhielten die Patient*innen jedoch keine Kenntnis. Sie nutzten während der Studiendauer ihre gewohnte Messmethode und dokumentierten mithilfe der Hypo-METRICS-App Hypoglykämiesymptome sowie Blutzuckerkonzentrationen von weniger als 72 mg/dl (gemessen mit dem jeweils eigenen Messgerät). Nun prüften die Forschenden, wie häufig die studieneigenen CGM-Systeme Hypoglykämien (Glukosewerte unterhalb 70 bzw. 54 mg/dl für länger als 15 Minuten) detektiert hatten und wie genau die objektiven und die subjektiven Hypoglykämieepisoden zeitlich übereinstimmten.

Nicht gleichwertig: CGM- und subjektive Hypoglykämien

Angesichts der Diskrepanzen zwischen objektiver und subjektiver Hypoglykämiedokumentation warnen Divilly und seine Forscherkolleg*innen: CGM-detektierte und subjektive Hypoglykämien dürfen weder in der klinischen Praxis noch im Forschungskontext als gleichwertig betrachtet werden. Sie empfehlen, immer beide Parameter zu dokumentieren und bei Entscheidungen zu berücksichtigen. Nun seien unter anderem die biologischen Konsequenzen asymptomatischer sensordetektierter Hypoglykämien zu klären.

Während mehr als 37.000 Messtagen verzeichneten die Forschenden 28.999 sensordetektierte Hypoglykämien < 70 mg/dl und 6.711 Hypoglykämien < 54 mg/dl. Die Studienteilnehmenden dokumentierten im selben Zeitraum 17.210 subjektive Hypoglykämieepisoden. Die Auswertung ergab, dass 65 % der CGM-detektierten Hypoglykämien < 70 mg/dl und 59 % der CGM-detektierten Hypoglykämien < 54 mg/dl kein klinisches Korre-

lat hatten. Umgekehrt bildeten die Glukosesensoren 43 % der von den Patient*innen dokumentierten Ereignisse nicht ab. Insgesamt stellten die Forschenden bei Typ-1-Diabetes im Vergleich zu Typ-2-Diabetes einen signifikant höheren medianen

Anteil von Übereinstimmungen zwischen der objektiven und der subjektiven Hypoglykämiedokumentation fest. Dies galt sowohl im Hinblick auf den Grenzwert 70 mg/dl (40 vs. 22 %) als auch den Grenzwert 54 mg/dl (47 vs. 25 %). Mehr als 60 % der CGM-detektierten Hypoglykämien < 70 mg/dl und sogar über die Hälfte der CGM-detektierten Hypoglykämien < 54 mg/dl bleiben asymptomatisch, unterstreicht Forscher Divilly abschlie-

send. Andererseits treten mehr als 40 % der subjektiven Unterzuckerepisoden offenbar bei einem Blutzucker über 70 mg/dl auf.

Wann ist es eine Hypo? Das kommt ganz darauf an ...
Foto: beermmedia – stock.adobe.com

Dr. Judith Lorenz

Divilly P et al. Diabetes Care 2024; 47(10): 1769-1777; doi: 10.2337/dc23-2332

Zur Behandlung der Adipositas*

1 x wöchentlich

Tirzepatid

SIGNIFIKANTE GEWICHTSREDUKTION^{1,2,b} VON DURCHSCHNITTLICH

-22,5%

Jetzt verfügbar:
**Der Mounjaro®
KwikPen®**

Der erste GIP/GLP-1 Rezeptor-Agonist, um die Pathophysiologie der Adipositas zu beeinflussen.¹

Verbesserung von kardiometabolischen Parametern inkl. Taillenumfang, Triglyceride, HDL- und LDL-Cholesterin und Blutdruck.^{1,2,c}

Mehr Infos

* Mounjaro® ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus).¹
^b Prozentuale Gewichtsreduktion vom Ausgangsgewicht unter Mounjaro® 15 mg nach 72 Wochen. Unter Placebo Gewichtsreduktion um 2,4 % (-2,4 kg) in diesem Zeitraum. Bei kalorienreduzierter Ernährung und erhöhter körperlicher Aktivität.^{1,2,c} Die Wirksamkeits-Estimation (Efficacy Estimation) für die Einzeldosen wurde mit Ausnahme des Taillenumfangs bei Mounjaro® 10 mg und 15 mg nicht multiplicitätsadjustiert.²

1. Fachinformation Mounjaro®, aktueller Stand. 2. Jastreboff AM, et al. N Engl J Med. 2022; 387(3): 205–216.

Bezeichnung der/s Arzneimittel/s: Mounjaro® 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro® 2,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 7,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 10 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 12,5 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen, Mounjaro® 15 mg/Dosis KwikPen® Injektionslösung in einem Fertipen. **Zusammensetzung:** Durchstechflasche, Einzeldosis; **arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Durchstechflasche enthält: 2,5 mg (5 mg/ml), 5 mg (10 mg/ml), 7,5 mg (15 mg/ml), 10 mg (20 mg/ml), 12,5 mg (25 mg/ml) oder 15 mg (30 mg/ml) Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O (E339), Natriumchlorid, Konzentrierte Salzsäure (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke, **Fertipen (KwikPen®):** **Mehrfachdosis; arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Dosis enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,6 ml Lösung. Jeder Mehrfachdosis-Fertipen enthält 10 mg (4,17 mg/ml), 20 mg (8,33 mg/ml), 30 mg (12,5 mg/ml), 40 mg (16,7 mg/ml), 50 mg (20,8 mg/ml) oder 60 mg (25 mg/ml) Tirzepatid in 2,4 ml. Jeder Pen gibt 4 Dosen zu je 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg ab; **sonstige Bestandteile:** Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O (E339), Benzylalkohol (E1519), Glycerin, Phenol, Natriumchlorid, Salzsäure 36% (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Typ-2-Diabetes mellitus. Mounjaro ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ 2 Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5 der Fachinformation zu finden. **Gewichtsmanagement:** Mounjaro ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie¹ bei Anwendung mit Sulfonylharnstoff oder Insulin; Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Abdominalschmerz, Obstipation.² *Häufig:* Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie¹ bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, vermindert Appetit; Schwindel¹, Hypotonie², Dyspepsie, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Haarausfall¹; Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte, erhöhter Calcitonin-Wert.¹ *Gelegentlich:* Hypoglykämie¹ bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust¹; Dysgeusie; Cholelithiasis, Cholezystitis, akute Pankreatitis; Schmerzen an der Injektionsstelle. *Selten:* Anaphylaktische Reaktion¹, Angioödem.¹ ** Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker < 3,0 mmol/l (< 54 mg/dl) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern):* Nebenwirkung, die nur auf Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) zutrifft.² Nebenwirkung, die hauptsächlich auf Patienten mit Übergewicht oder Adipositas mit oder ohne T2DM zutrifft.³ Die Häufigkeit war in Studien zum Gewichtsmanagement sehr häufig und in T2DM-Studien häufig.⁴ Die Häufigkeit war in Studien zum Gewichtsmanagement häufig und in T2DM-Studien gelegentlich.⁵ Über Berichte nach Markteinführung. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** September 2024.

Medizin & Markt



Foto: iStock/AzmanJaka

Mehr Zeit im Zielbereich

Smarte Therapielösungen erleichtern den Alltag mit Diabetes

↳ Symposium – Medtronic

HANNOVER. Das Smart ICT System aus Simplera CGM und InPen Smart Insulinpen gibt Bolus-Empfehlungen in Echtzeit und hilft Menschen mit Diabetes, sich die adäquate Dosis zur richtigen Zeit zu verabreichen.

Fortschrittliche Diabetestechnologien könnten für ein breites Spektrum an Erkrankten hilfreich sein, erklärte Dr. JOHANNA BRUX, Wien. Sie verdeutlichte dies am Beispiel von speziellen Patientenprofilen. Im Fallbeispiel (67-jähriger Mann mit pankreoprivem Diabetes und stark schwankenden HbA_{1c}-Werten, Diabetesdauer: 24 Jahre, BMI 25,6 kg/m², nekrotisierende Pankreatitis) konnten die Zeit im Zielbereich als auch das HbA_{1c} mit dem Smart ICT System deutlich verbessert werden. Hier lag das HbA_{1c} zu Baseline bei durchschnittlich 8,4% und vier Monate danach bei 6,1%. Es gebe in ihrer Sprechstunde auch Menschen, die eine große Angst vor

Hypoglykämien hätten, berichtete Dr. Brix. Es erfordere Geduld und oftmals eine lange Unterstützung, bis Betroffene für ihr subjektives Empfinden niedrigere Werte zulassen könnten und Vertrauen in Technologien schöpften. Hier könne das Smart ICT System Vorteile bieten und Sicherheit geben, da es Voralarme sende,

die einen Handlungsbedarf ankündigen, um z.B. Hypoglykämien zu verhindern und die Zeit im Zielbereich zu verlängern. Beim Smart ICT System könne auf multiple Unterstützungsmöglichkeiten zur Schulung von Patient*innen zurückgegriffen werden, berichtete KERSTIN ENDLICH, Diabetesberaterin in Bergheim. Medtronic

bietet Schulungen auf der Plattform medtronicdiabetesproducttraining.com an. Darüber hinaus erleichtern zugehörige Service-Apps wie WeCare und StartRight den Therapieeinstieg.

Dr. rer. nat. Christine Willen

„Der Mensch im Fokus – smarte Therapielösungen von Medtronic“, Diabetes Herbsttagung 2024



Smart unterwegs
mit Medtronic
Therapielösungen.

Foto: Dzmityr – stock.adobe.com

CGM in Klinik und Pflegeheim

↳ Industriesymposium – Abbott

Im Krankenhaus bietet die Nutzung von CGM-Systemen viele Vorteile.

Professor Dr. SUSANNE REGER-TAN, Bad Oeynhausen, wies für die CGM-Implementierung in der Klinik auf die DDG Praxisempfehlung zur Digitalisierung hin. Zudem machte sie auf eine Erweiterung des Anwendungsbereiches von FreeStyle Libre 3- und des FreeStyle Libre 3 Plus-Systems aufmerksam: Die Systeme dürfen in Einrichtungen des Gesundheitswesens verwendet werden. CLAUDIA KUHNERT, Diabetesberaterin DDG aus Leipzig, zeigte, wie CGM-Daten von Menschen in Pflegeheimen von Arztpraxen genutzt werden können. Eine Möglichkeit ist, dass die Diabetespraxis das Pflegeheim als „eigenständige Praxis“/Unterpraxis in Libre View anlegt. Dafür benötigt das Pflegeheim einen eigenen Libre View-Account. nfg

„Der Mensch im Mittelpunkt: Individualisiertes Diabetesmanagement mit CGM“, Diabetes Herbsttagung 2024

GIP sei Dank

Tirzepatid bei Prädiabetes und Adipositas

↳ Symposium – Lilly

HANNOVER. Präsentiert wurden neue Daten zu der Phase-III-Studie SUMMIT. Zuvor waren die Ergebnisse bei der American Heart Association (AHA) und im The New England Journal of Medicine vorgestellt worden.

Tirzepatid (Mounjaro®) ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes. Das Medikament ergänzt Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin nicht eingenommen werden kann. Es darf zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus sowie als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement verabreicht werden, und zwar bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-BMI von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas) oder $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung. In der Phase-III-Studie SUMMIT erhielten 731 Patient*innen mit HFpEF und Adipositas Tirzepatid in maximal

tolerierter Dosis bis höchstens 15 mg oder Placebo über 104 Wochen. Zum ersten Mal wurden so bei Menschen mit Adipositas-bedingter HFpEF sowohl eine Risikoreduktion von Herzinsuffizienz-bedingten Ereignissen als auch Verbesserungen der Symptomatik und Funktion als primäre Endpunkte bewertet. Tirzepatid reduzierte das relative Risiko für HFpEF-bedingte unerwünschte Ereignisse signifikant um durchschnittlich 38% gegenüber Placebo. So sank beispielsweise das Risiko einer Krankenhauseinweisung aufgrund einer Herzinsuffizienz unter dem Wirkstoff im Mittel um 56%. Darüber hinaus erreichten Patient*innen unter Tirzepatid eine überlegene Verbesserung der Symptomatik und körperlichen Funktion in Form einer Erhöhung des Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire Clinical Summary Score (KCCQ-CSS) um durchschnittlich 25 Punkte (Placebo: 15 Punkte). Matthias Heinz

„GIP sei Dank ... Metabolische Mechanismen, die die moderne Diabetestherapie beeinflussen“, Diabetes Herbsttagung 2024

»Das sind Ergebnisse, die eindeutig sind«

Studie zeigt: CGM nützt auch Menschen mit Typ-2-Diabetes

↳ Symposium – Dexcom

HANNOVER. Wie profitieren Menschen mit Typ-2-Diabetes von CGM?

Sinnvoll ist, Menschen mit Typ-2-Diabetes in der Beratung nach ihren Bedürfnissen zu fragen. Dabei ergeben sich als Ziele oft, Akutkomplikationen zu verhindern und Glukoseschwankungen zu reduzieren, sagte Dr. NICOLA HALLER (Augsburg). Genau dafür sind Alarme der CGM-Systeme hilfreich. In der MOBILE-Studie, bei der Menschen mit Typ-2-Diabetes entweder eine konventionelle Blutzuckermessung durchführten oder

CGM einsetzten, reduzierte sich in der CGM-Gruppe der HbA_{1c}-Wert im Durchschnitt deutlich, während die Zeit im Zielbereich stieg. Dr. Haller: „Das sind Ergebnisse, die eindeutig sind.“ Das CGM hilft, Alltagssituationen messbar zu hinterfragen, so die Expertin. Für diese Effekte bedarf es keiner intensivierten Insulintherapie. Auch bei einer basalunterstützten oralen Therapie (BOT) zeigen sich diese positiven Effekte, wie Professor Dr. CLAUDIA EBERLE (Fulda) darstellte. Selbst bei einer Therapie ohne Insulin und ohne Änderung der Medikation verbesserte sich allein durch den Einsatz von CGM

die Stoffwechselsituation. Die Konsequenz: „Mehr Therapieerfolg, weniger Folgekomplikationen!“

Aber gerade bei der Insulintherapie ist CGM wertvoll, erklärte Professor Dr. BERNHARD KULZER (Bad Mergentheim). Denn eine Hauptsorge bei dessen Einsatz ist das Auftreten von Unterzuckerungen. Hiervor können die Alarme des CGM-Systems schützen. Ein weiterer Vorteil ist das unmittelbare Biofeedback, ist Prof. Kulzer überzeugt. Dr. Katrin Kraatz

„CGM für Menschen mit Typ-2-Diabetes & BOT – das Plus für mehr Therapiequalität und mehr Leben“, Diabetes Herbsttagung 2024

Langjährige Erfahrungen, breite Evidenz

Die Evidenz von Insulin glargin beruht auch auf aktuellen Studien

↳ Online-Meet the Expert – Sanofi

FRANKFURT A.M. Werden bei Menschen mit Typ-2-Diabetes die glykämischen Ziele nicht erreicht, sollte nach Professor Dr. ROBERT RITZEL die Behandlung rechtzeitig mit einem Basalinsulin intensiviert werden.

Wie der Chefarzt der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Städtischen Klinikums München ausführte, gibt es inzwischen eine breite Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von Insulin glargin 300E/

ml (Toujeo®). So zeigte eine Subgruppen-Analyse der BRIGHT-Studie eine mindestens gleichwertige Kontrolle der HbA_{1c}-Werte über 24 Wochen mit Insulin glargin 300E/ml und Insulin degludec. Zugleich war mit beiden Basalinsulinen im Alter unter und über 70 Jahren kein erhöhtes Hypoglykämierisiko zu beobachten. Die Insuline seien demnach auch für vulnerable, etwa ältere Patient*innen gut geeignet. In der Real-World-Studie DELIVER-G bewirkte die Zugabe von Insulin glargin 300E/ml zu einem

Regime mit einem GLP1-RA eine deutliche Senkung des HbA_{1c}, ohne die Inzidenz und Rate von Hypoglykämien zu erhöhen. Zudem zeigte sich in einer gepoolten Wirksamkeits- und Sicherheitsanalyse von neun Interventions- und Beobachtungsstudien die Senkung des HbA_{1c}-Werts nach Beginn einer Therapie mit Insulin glargin 300E/ml unabhängig davon, ob es vorher eine GLP1-RA-Therapie gab. Petra Eiden

„Insulin glargin 300 E/ml – Breite Evidenz für ein vielfältiges Patient*innenkollektiv“

NACH ANGABEN DER UNTERNEHMEN.

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

Professor Dr. med. Arnold Hasselblatt

1929–2024

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft trauert um ihren ehemaligen Präsidenten und ihr Ehrenmitglied Professor Dr. med. Arnold Hasselblatt, der am 24. November 2024 im Alter von 95 Jahren verstorben ist. Arnold Hasselblatt gilt als ein wesentlicher Pionier der Diabetologie in Deutschland. Seine wichtigsten Arbeiten betrafen die genaue Beschreibung der Wirkweise und die Charakterisierung von Sulfonylharnstoffen zur Therapie des Typ-2-Diabetes.

Arnold Hasselblatt wurde am 20. Juni 1929 in Reval (heute Tallinn), Estland, geboren. Einschneidendes Erlebnis seiner Kindheit war die Zwangsumsiedelung in das von Nazi-Deutschland besetzte Posen

1939 und die Flucht vor der Roten Armee 1945. Nach dem Abitur und Medizinstudium in Göttingen erfolgte dort 1957 die Promotion bei Ludwig Lendle am Institut für Pharmakologie der Universität Göttingen. Mit einem Stipendium der Riker-Stiftung absolvierte Arnold Hasselblatt 1959 einen einjährigen Forschungsaufenthalt am Institut für Physiologie und Pharmakologie des National Institute for Medical Research in Mill Hill, Großbritannien.

Nach seiner Rückkehr nach Göttingen begann er Forschungsarbeiten zur Pharmakologie oral wirksamer blutzuckersenkender Substanzen und habilitierte sich 1962 mit seiner Arbeit „Untersuchungen über das Auftreten von gebundenem Insulin im Serum und seine Aktivierung durch Tolbutamid in vitro“. Nach Berufung im Jahr 1971 auf den Lehrstuhl Pharmakologie und Toxikologie der Universität Göttingen war er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1997 dort Direktor des Instituts. Seine experimentellen Arbeiten zur Wirkung der Sulfonylharnstoffe waren bah-



Prof. Dr. Arnold Hasselblatt

Foto: privat

brechend und mitentscheidend für den damaligen Erfolg dieser Substanzklasse bei der Behandlung des Typ-2-Diabetes. Spätere Arbeiten galten der Charakterisierung der Rolle von Seitenresten von unterschiedlichen Sulfonylharnstoffmolekülen zur Modulation der Pharmakodynamik und Pharmakokinetik. Darüber hinaus hatte Prof. Hasselblatt ein sehr großes Interesse an der Interaktion zwischen der Schilddrüsenfunktion und der pankreatischen Insulinsekretion. Auf molekularpharmakologischem Gebiet galt sein breites Interesse der Regulation des ATP-abhängigen Kaliumkanals auch für andere Organsysteme und Therapiegebiete als die Langerhans'sche Insel und Diabetes mellitus.

1982 bis 1983 war Arnold Hasselblatt Präsident der DDG und hat in seiner Präsidentschaft maßgeblich die Gründung der Deutschen Diabetes Stiftung vorbereitet. Unmittelbar nach seiner DDG Präsidentschaft war er bis 1986 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie (DGPT), deren Ehrenmitgliedschaft er ebenfalls erhalten hat.

In der Lehre hat Arnold Hasselblatt das Fach Pharmakologie und Toxikologie in seiner ganzen Breite mit modernen Lehr- und Prüfungsverfahren exzellent vertreten und den Stellenwert des Faches im Medizinstudium gestärkt. Besonders am Herzen lag ihm der Praxisbezug seiner Vorlesungen und Seminare.

Arnold Hasselblatt hat nach dem Zerfall der Sowjetunion den wissenschaftlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen seines Geburtslandes Estland gesucht und intensiviert. Auch nach seiner Emeritierung hat er aktiv für die Zusammenarbeit der Universitäten Göttingen und Tartu (früher Dorpat) gearbeitet.

Die DDG verliert mit Arnold Hasselblatt einen hoch angesehenen ehemaligen Präsidenten und ein Ehrenmitglied unserer Fachgesellschaft, der seinen Mitarbeitern immer ein wichtiges Vorbild war und Orientierung bot. Sie trauert um einen herausragenden Hochschullehrer und Forscher, der die Diabetologie in Deutschland mehr als 40 Jahre lang wesentlich geprägt hat. Dafür sind wir ihm überaus dankbar. Die DDG, seine wissenschaftlichen Weggefährten, Schüler und Schülerinnen sind in anteilnehmendem, ehrendem Gedenken bei seiner Familie.

Prof. Dr. Baptist Gallwitz (für die DDG), Prof. Dr. Hans-Georg Joost (für seine Schüler und wissenschaftlichen Weggefährten)

»Prof. Hasselblatt gilt als wesentlicher Pionier der Diabetologie in Deutschland«

»Die DDG verliert einen hoch angesehenen ehemaligen Präsidenten«

* 10 Jahre EMPA-REG OUTCOME®-Studie:^{1, #}

Jardiance® gibt seit 10 Jahren* die Richtung vor, genau wie Ulrich mit Jardiance® beim Skikurs.



Jardiance® für Ihre Patienten mit:

- Typ-2-Diabetes²
- Chronischer Herzinsuffizienz²
- Chronischer Niereninsuffizienz²



EMPA-REG OUTCOME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | 1. Zinman Betal. N Engl J Med 2015; 373(22):2117-2128. | 2. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand.

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

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




Hybrid-AID schlägt SUP

Bei Heranwachsenden treten im „Loop“ allerdings häufiger Ketoazidosen auf

AACHEN. Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes bieten Systeme zur hybriden automatisierten Insulindosierung (AID) gegenüber der sensorunterstützten Pumpentherapie (SUP) Vorteile hinsichtlich der glykämischen Kontrolle und der Vermeidung von Hypoglykämien. Allerdings geht ihre Anwendung mit einem erhöhten Risiko für diabetische Ketoazidosen einher, wie eine aktuelle Bevölkerungsstudie zeigt.

Sowohl Hybrid-AID-Systeme als auch die SUP kombinieren ein kontinuierliches Glukosemonitoring mit einer Insulinpumpentherapie. Bei Hybrid-AID-Systemen steuert allerdings ein Algorithmus die Insulinabgabe in Abhängigkeit vom Glukosewert, während das Insulin bei einer SUP manuell abgegeben wird. Beide Strategien erleichtern es Menschen mit Typ-1-Diabetes, ihre Glukoseziele zu erreichen, berichtet Professor Dr. BEATE KARGES von der Sektion Endokrinologie und Diabetologie der RWTH Aachen. Gemeinsam mit weiteren europäischen Wissenschaftler*innen untersuchte sie im Rahmen einer Bevölkerungsstudie die Auswirkungen beider Strategien auf seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Diabetes-Akutkomplikationen, also schwere Hypoglykämien und die diabetische Ketoazidose. Die Datenbasis hierzu lieferte die von der Universität Ulm betreute DPV-Initiative (DPV: Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation).

»Mehr Zeit im Zielbereich mit Hybrid-AID«

Das Analysekollektiv umfasste 13.922 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen zwei und 20 Jahren, die seit mindestens einem Jahr mit Typ-1-Diabetes lebten. Sie waren zwischen 2021 und 2023 an einem von 250 Zentren in Deutschland, Österreich, Luxemburg oder der Schweiz mit einem Hybrid-AID-System (n = 7.088) oder einer SUP (n = 6.834) behandelt worden.

Hybrid-AID: viele Vorteile – aber auch ein erhöhtes Risiko

Die primären Studienendpunkte waren schwere Hypoglykämie (schwere kognitive Beeinträchtigung mit Eingreifen anderer Personen) sowie hypoglykämischer Schock (Hypoglykämie mit Bewusstseinsverlust oder Krampfeignissen) und diabetische Ketoazidose bzw. schwere diabetische Ketoazidose (pH-Wert < 7,3 bzw. 7,1 und/oder Bikarbonatkonzentration < 15 bzw. 5 mmol/l). Das mediane Alter der Studienteilnehmenden betrug 13,2 Jahre, 51 % waren männlich.

Im Verlauf der durchschnittlich 1,6 Jahre dauernden Beobachtungsphase zeigte sich: Bezüglich der Häufigkeit schwerer Hypoglykämien unterschieden sich die Hybrid-AID- und die SUP-Systeme nicht wesentlich (siehe Tabelle). Die mit einem Hybrid-AID-System behandelten Individuen erlitten allerdings signifikant seltener einen hypoglykämischen

Schock als jene in der SUP-Gruppe. Insbesondere Personen mit einem HbA_{1c}-Wert von weniger als 7,5 % schienen diesbezüglich zu profitieren. Hinsichtlich der Häufigkeit diabetischer Ketoazidosen erwies sich die Hybrid-Closed-Loop-Technologie dagegen als nachteilig. Besonders stark gefährdet waren diesbezüglich Heranwachsende mit einem HbA_{1c}-Wert von 8,5 % oder höher (5,25 vs. 1,53 Ereignisse pro 100 Patientenjahre).

Hinsichtliche der anhand des HbA_{1c}-Werts objektivierten glykämischen Kontrolle hatte die halbautomatische Insulinpumpentherapie deutliche Vorteile (7,34 % vs. 7,50 %). Diejenigen, die Hybrid-AID-Systeme nutzten, verbrachten zudem anteilig signifikant mehr Zeit im Zielbereich zwischen 3,9 und 10,0 mmol/l oder 70 und 180 mg/dl (64 % vs. 52 %). Gleiches galt für die Zeit im engen Zielbereich von 3,9 und 7,8 mmol/l bzw. 70 bis 140 mg/dl (42 % vs. 31 %). Außerdem wiesen die Proband*innen in der Hybrid-AID-Gruppe eine signifikant geringere Blutzuckervariabilität auf (Variationskoeffizient 35,4 % vs. 38,3 %).

Vergleiche zwischen Hybrid-AID-Therapie und SUP

	Hybrid-AID	SUP
Schwere Hypoglykämie		
Rate pro 100 Patientenjahre	5,59	6,63
Hypoglykämischer Schock		
Rate pro 100 Patientenjahre	0,62	0,91
Diabetische Ketoazidose (pH < 7,3)		
Rate pro 100 Patientenjahre	1,74	0,96
Schwere diabetische Ketoazidose (pH < 7,1)		
Rate pro 100 Patientenjahre	0,48	0,33

»Bezüglich der objektivierten glykämischen Kontrolle hatte Hybrid-AID deutliche Vorteile«

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einem Typ-1-Diabetes gelingt die Glukosekontrolle mit Hybrid-AID-Systemen besser als mit der SUP, so das Fazit der Forschenden.

Erhöhtes Ketoazidoserisiko bei Hybrid-AID: Was ist der Grund?

Zudem reduzieren diese Systeme effektiver das Risiko für hypoglykämisches Koma, wobei diesbezüglich offenbar insbesondere Individuen mit HbA_{1c}-Werten < 6,5 % profitieren. Anlass zur Sorge gebe das erhöhte Ketoazidoserisiko bei Anwendung von Hybrid-AID-Loop-Systemen. Die Forschung müsse nun klären, welche Ursachen dieser Problematik zugrunde liegen – möglich sei eine

unzureichende Insulinabgabe, etwa infolge technischer Fehlfunktionen oder von Anwendungsfehlern – und welche Strategien hiervoor schützen. Hierbei denken die Forschenden an zusätzliche Schulungen, ein kontinuierliches Ketonmonitoring oder die technische Optimierung der Insulinabgabe-Algorithmen.

Dr. med. Judith Lorenz

Karges B et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2025 Feb; 13 (2): 88-96; doi: 10.1016/S2213-8587(24)00284-5

Mit Hybrid-AID-Systemen werden mehr positive Therapieziele erreicht als mit sensorunterstützter Pumpentherapie.

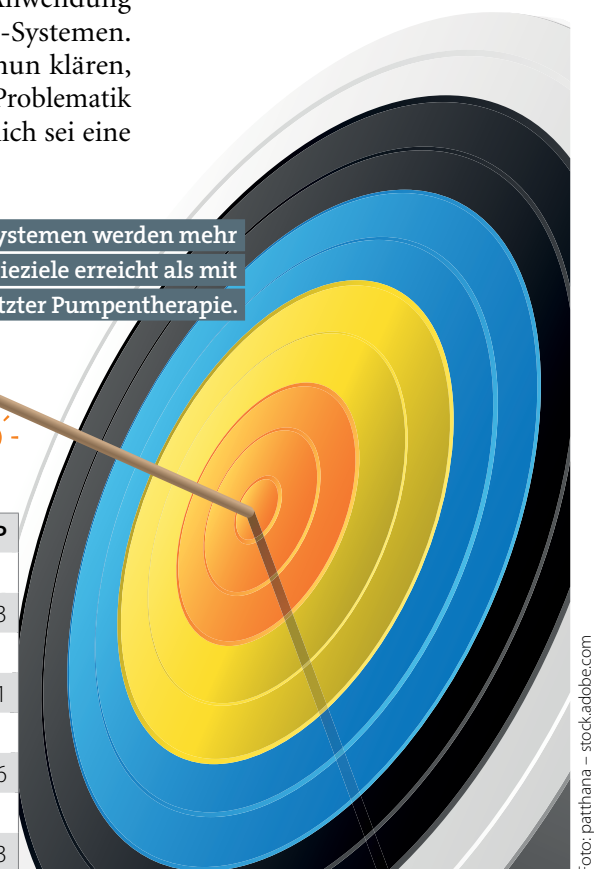


Foto: patthana - stock.adobe.com

Dr. med. Dagobert Wiemann 1952 – 2024

Dr. Dagobert Wiemann, Vorsitzender der Diabetes-Gesellschaft Sachsen-Anhalt e. V. von 2014 bis 2024, ist am 28. November 2024 nach kurzer schwerer Erkrankung im 73. Lebensjahr verstorben.

Nach dem Staatsexamen begann er 1977 die Ausbildung zum Kinderarzt an der damaligen Medizinischen Akademie Magdeburg. Als Spezialist für Nieren- und Rheumaerkrankungen sowie Diabetologe war er sowohl bei den Behandelnden als auch bei den betroffenen Familien kompetenter und geschätzter Ratgeber. Unter seiner Leitung wurde die Kin-



Dr. med. Dagobert Wiemann

Foto: Thomas Eckhoff

derneurologie einschließlich der Dialyse etabliert. Darüber hinaus war er als DEGUM-Ausbilder für Ultraschall tätig.

Dagobert Wiemann arbeitete über 40 Jahre lang an der Magdeburger Universitätskinderklinik, lange

Jahre als stellvertretender Klinikdirektor; 2023 übernahm er nochmals eine zentrale Rolle im Leitungsteam. Ein Ruhestand war für ihn undenkbar, die Klinik und die kranken Kinder waren „sein Leben“.

Er prägte die Klinik mit seiner Fachkompetenz und seinem unermüdbaren Einsatz, bei dem das Wohl der Patienten und ein wertschätzendes Miteinander im Behandlungsteam im Vordergrund standen. Insbesondere der technische Fortschritt in der Kinderdiabetologie hat ihn begeistert und wurde zügig in die Praxis umgesetzt. In

diesem Zusammenhang hat er sich u. a. für die DPV-Datenbank auch wissenschaftlich eingesetzt.

Sein besonderes Engagement galt auch der Diabetes-Gesellschaft Sachsen-Anhalt e. V., die er zehn Jahre lang leitete. Er führte umsichtig und problemorientiert die Vorstandsarbeit und setzte sich ambitioniert für den Fortbestand der Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft ein.

Wir werden Herrn Dr. Wiemann stets in großer Dankbarkeit als menschliches und fachliches Vorbild in ehrender Erinnerung behalten. Unser Mitgefühl gehört seiner

»Die Klinik und die kranken Kinder waren sein Leben«

Familie, insbesondere seiner Ehefrau.

Dr. Silke Klose und Professor Dr. Klaus Mohnike im Namen des Vorstandes der Diabetes-Gesellschaft Sachsen-Anhalt und der Universitätskinderklinik Magdeburg



**DIABETES
KONGRESS
DDG**

NEUE DIMENSIONEN

DER DIABETOLOGIE

INDIVIDUELL. INTERDISZIPLINÄR. INNOVATIV.

Diabetes Kongress 2025

28.–31. Mai 2025

CityCube Berlin

SAVE THE DATE

www.diabeteskongress.de



Bessere Outcomes auch dank Diabetestechnik

Bessere Stoffwechsellage und niedrige Komplikationsrate bei Heranwachsenden

ADELAIDE. Technologien wie Systeme zur automatisierten Insulindosierung (AID) oder kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) erleichtern das Management des Typ-1-Diabetes. Dies kommt auch Kindern und Jugendlichen zugute, wie eine aktuelle Analyse umfangreicher nationaler und internationaler Registerdaten zeigt.

Schätzungen zufolge leben weltweit mehr als 1,5 Millionen Heranwachsende im Alter unter 20 Jahren mit Typ-1-Diabetes, berichtet Dr. ANTHONY ZIMMERMANN vom Lyell McEwin Hospital im australischen Adelaide. Ob es bei ihnen zu chronischen Diabeteskomplikationen wie kardiovaskulären Erkrankungen kommt, hängt auch von der Stoffwechsellage in jungen Jahren ab. Daher empfiehlt die International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) gegenwärtig einen HbA_{1c}-Zielwert von weniger

als 7%. In der sogenannten partiellen Remissionsphase – sowie langfristig, wenn möglich – gilt sogar ein Zielwert von weniger als 6,5%.

Ziel der Analyse: Objektivierung der Behandlungsqualität

Zahlreiche nationale und internationale Register bilden Monitoringdaten pädiatrischer Patient*innen mit Typ-1-Diabetes ab. Dr. Zimmermann und sein Team werteten nun gemeinsam mit weiteren Forschenden diese Quellen aus. Ziel der Analyse war es, Veränderungen der Behandlungsqualität zwischen 2013 und 2022 zu objektivieren. Diesbezüglich interessierten sich die Wissenschaftler*innen insbesondere für die HbA_{1c}-Werte, die Therapieregimes sowie die Häufigkeit metabolischer Akutkomplikationen. Die Analyse fußt auf acht nationalen Registern aus Europa, Australasien

und Nordamerika, welche die Daten von 109.494 Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes zur Verfügung stellten. Daten von weiteren 35.590 Patient*innen stammten von der internationalen SWEET-Initiative. Insgesamt flossen die Daten von Registerpatient*innen aus mehr als 60 Ländern in die Analyse ein. Im Jahr 2022 lag ihr Durchschnittsalter zwischen 12,3 und 13,2 Jahren. Die Diagnose war im Alter zwischen 7,0 und 8,4 Jahren gestellt worden und die Diabetesdauer betrug im Schnitt zwischen 4,4 und 5,5 Jahren.

Der HbA_{1c}-Wert ist gesunken, die Pumpennutzung gestiegen

Zwischen 2013 und 2022 beobachteten die Forschenden eine Abnahme des aggregierten durchschnittlichen

»Daten von über 145.000 Kindern«

HbA_{1c}-Werts von 8,2% auf 7,6%. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die den HbA_{1c}-Zielwert von weniger als 7% erreichten, nahm dabei im Zeitverlauf durchschnittlich von 19,0% auf 38,8% zu. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem HbA_{1c}-Wert von mehr als 9% sank dagegen von 24,1% auf 13,1%. Eine **Insulinpumpe** nutzten 2013 durchschnittlich 42,9% der Betroffenen, 2022 waren es dagegen bereits 60,2%. Ähnliches beobachteten die Forschenden hinsichtlich der Anwendung von CGM-Systemen: Zu

Beginn des Analysezeitraums waren diese mit einem Anteil von 18,7% eher die Ausnahme, 2022 war ihr Anteil dann jedoch auf 81,7% gestiegen.

Die aggregierte Ereignisrate der **diabetischen Ketoazidose** ging zwischen 2013 und 2022 geringfügig zurück (3,1 vs. 2,2 Ereignisse pro 100 Personenjahre). Ähnliches galt für die Häufigkeit **schwerer Hypoglykämien**: Sie reduzierte sich von 3,0 (2013) auf 1,7 (2022) Ereignisse pro 100 Personenjahre.

Spezialisierte Betreuung und Zugang zu Hilfsmitteln

Auch Heranwachsende profitieren hinsichtlich der glykämischen Kontrolle von einem modernen Diabetesmanagement, so das Fazit der Forschenden. Die Etablierung von Diabetesregistern, das Formulieren strenger HbA_{1c}-Ziele und die Verfügbarkeit moderner Insuline sowie technischer Hilfen haben daran einen großen Anteil, betonen sie. Als ermutigend werten sie die Tatsache, dass trotz des Anvisierens niedrigerer HbA_{1c}-Zielwerte schwere Hypoglykämieereignisse offenbar rückläufig sind. Voraussetzung für das Erreichen der ISPAD-HbA_{1c}-Ziele sei, dass alle Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes eine spezialisierte diabetologische Betreuung inklusive Zugang zu den modernen technischen Hilfsmitteln (insbesondere CGM) erhalten.

Dr. med. Judith Lorenz

Zimmermann AT et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2025; 13(1): 47-56; doi: 10.1016/S2213-8587(24)00279-1

Karges B, Knip M. Lancet Diabetes Endocrinol 2025; 13(1): 6-7; doi: 10.1016/S2213-8587(24)00311-5

»Die ISPAD empfiehlt ein HbA_{1c} < 7 bzw. < 6,5%«



Auf dem Franziskusweg

Vom 3. bis zum 10. Mai bietet die AG Diabetes, Sport & Bewegung der DDG eine Diabetes-Erlebniswanderung für Menschen mit Typ-2-Diabetes auf dem Franziskusweg (Toskana/Italien) an. Im Vordergrund wird dabei eine Kombination aus Schulung, individueller Beratung, Sportausübung und sozialem Austausch stehen. Die Fahrt mit dem Reisebus startet in Mannheim. Voraussetzung für die Teilnahme ist u. a. eine sehr gute Kondition aufgrund der teilweise sehr anspruchsvollen Etappen.

Informationen und Anmeldung unter: diabetes-bewegung.de

Fettleber ist nicht gleich Fettleber

Das Risiko für Herzerkrankungen und Diabetes variiert

TÜBINGEN. Neue Erkenntnisse zur Heterogenität der metabolischen Dysfunktion-assoziierten steatotischen Lebererkrankung (MASLD) haben Potenzial, die Vorhersage von Folgen und Behandlung zu verbessern.

In einer Übersichtsarbeit zur MASLD beschreibt das Autorenkollektiv um Professor Dr. NORBERT STEFAN (Universität Tübingen, Helmholtz Zentrum München, DZD) ein heterogenes Spektrum von Ursachen in der Entstehung der MASLD. Durch die Untersuchung von Serum-Metabolom bei 1.154 Personen mit per Biopsie nachgewiesener MASLD und anhand eines hierarchischen Clustering-Algorithmus konnten drei metabolische

Subtypen (A: 47%; B: 27%; C: 26%) identifiziert werden. Einfach formuliert gibt es drei Hauptpathomechanismen, die sich unterscheiden:

- MASLD mit Dominanz einer hepatischen genetischen Komponente
- MASLD mit Dominanz einer metabolischen Komponente im Zusammenhang mit hepatischer De-novo-Lipogenese (Neuentstehung von Lipiden)
- MASLD mit Dominanz einer metabolischen Komponente im Zusammenhang mit Dysfunktion des Fettgewebes

Bei Patient*innen mit Subtyp A sei das Zehn-Jahres-Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen am geringsten, so Prof. Stefan, der in der Stif-

tung DHG (Diabetes | Herz | Gefäße) aktiv ist. „Auch Serum-Triglyzeride, Cholesterin, VLDL (very low density lipoprotein), small dense LDL und Rest-Lipoprotein-Cholesterin waren beim Subtyp A niedriger als bei den Subtypen B und C.

Keine Unterschiede hingegen gab es bei Insulinresistenz und HbA_{1c}-Wert.“ Nicht jeder Betroffene habe also die gleiche Anfälligkeit für kardiometabolische Erkrankungen.

Neue MASLD-Therapeutika werden geprüft

Inwiefern Patient*innen auf neue MASLD-Therapeutika ansprechen, müsse noch weiter untersucht werden. Aktuell werde z. B. der Nutzen von GLP1-Rezeptoragonisten und

diabetologischer Betreuung inklusive moderner Glukosemess- und Insulinabgabesysteme nicht das ISPAD-HbA_{1c}-Ziel von weniger als 7%. Hier bestehe erheblicher Forschungs- und Handlungsbedarf, unterstreichen sie. Genauer untersucht werden müsse dabei insbesondere die Beobachtung, dass laut der Registerdaten der altersadjustierte BMI-Z-Score der Heranwachsenden zwischen 2013 und 2022 signifikant von 0,59 auf 0,77 zugenommen hatte – möglicherweise eine negative Folge der intensivierten Insulintherapie.

Inkretin-Co-Agonisten bei MASH und Fibrose Grad 2/3 geprüft. Diese Präparate wirken vor allem über eine Reduktion der Körperfettmasse. Der Schilddrüsenhormon-β-Rezeptoragonist Resmetirom wurde in den USA bereits zur Therapie der MASH und Fibrose Grad 2/3 zugelassen und hat keinen Einfluss auf die Körperfettmasse. Das Präparat Lanifibanor ist ebenfalls effektiv zur Therapie der MASH und Fibrose Grad 2/3, allerdings über eine Zunahme der stoffwechselgesunden Unterhautfettmasse.

Stiftung Diabetes | Herz | Gefäße in der Deutschen Diabetes Stiftung

Stefan N et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2024; S2213-8587(24) 00318-8; doi: 10.1016/S2213-8587(24)00318-8

Zertifizierte Rundum-Versorgung

Menschen mit Diabetes profitieren von hohen Qualitätsansprüchen



JENA/APOLDA. In Jena und Apolda können Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes auf eine Rundum-Versorgung durch die Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Reuter-Ehrlich, Dr. Schramm, Dr. Windisch zurückgreifen. Die Einrichtung verfügt über das Zertifikat Diabetes Exzellenzzentrum DDG und ist auch als Fußbehandlungseinrichtung DDG zertifiziert.

Eine diabetologische Fußbehandlungseinrichtung gehört für uns zu einer spezialisierten Versorgung von Patient*innen mit Diabetes mellitus zwingend dazu, da das Diabetische Fußsyndrom ein sehr komplexes Krankheitsbild ist, das einer besonderen Diagnostik und Therapie bedarf, so Praxismitinhaberin Dr. KATRIN REUTER-EHRLICH, Fachärztin für Innere Medizin und Allgemeinmedizin und Diabetologin DDG.

Seit der Gründung wichtig: höchstes Versorgungsniveau

Bereits 2011 haben sich die Diabetologische Schwerpunktpraxis von Dr. REUTER-EHRLICH, Dr. COSIMA SCHRAMM und Dr. ANETT WINDISCH und die von Dr. DIANA SALLER-SCHMEISSER geleitete Filialpraxis in Apolda von der DDG zertifizieren lassen, dass sie in der diabetologischen Betreuung die höchsten Qualitätsansprüche erfüllen. Diesen zu genügen, sei für den Praxisgründer Dr. HANS-MARTIN REUTER schon immer ein Muss gewesen, so Dr. Reuter-Ehrlich. Dank seines berufspolitischen Engagements habe ihr langjähriger Kollege bereits vor mehr als dreißig Jahren erkannt, dass regelmäßige Fortbildungen und eine qualitätsgesicherte medizinische Versorgung auf höchstem Niveau immer wichtiger würden.

1991 als hausärztlich-internistische Praxis in Jena gestartet, spezialisierte sich die Praxis bald auf die Diabetologie und arbeitete kontinuierlich an Qualität und an Strukturen. 2009

ließ sich die Praxis erstmals zertifizieren. Anfangs habe es alle Beteiligten Überwindung gekostet, sich dem enormen Aufwand zu stellen. Inzwischen wüsste aber jedes Teammitglied standardisierte Abläufe und klare Aufgabenteilung zu schätzen, so die Diabetologin. „Inzwischen erfüllen wir nicht nur die Standards des Qualitätsmanagement-Verfahrens QEP und der DQM, sondern dürfen uns seit letztem Jahr erneut Diabetes Exzellenzzentrum DDG nennen“, sagt Dr. Reuter-Ehrlich. Die Patient*innen profitieren neben der diabetologischen Expertise der Ärztinnen von einer über Jahre gewachsenen fachübergreifenden guten Zusammenarbeit sowohl mit den Hausärzt*innen, mit denen regelmäßig diabetologische Qualitätszirkel abgehalten werden, als auch mit Fachärzt*innen und Kliniken. Darüber hinaus ist die Praxis seit Jahren Lehrpraxis der Universität Jena. Den Praxisinhaberinnen steht ein Team von bis zu zwanzig Mitarbeitenden zur Seite (s. Kasten). Neben Studierenden gehören auch ärztliche Kolleg*innen in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder für die Zusatzbezeichnung Diabetologie zum Team. „Bei der Verteilung

»Der regelmäßige
Qualitätsnachweis
rentiert sich«



Das Team der Gemeinschaftspraxis. In der mittleren Reihe, 4. v.l.: Dr. Diana Saller-Schmeißer (angestellte Ärztin, Leiterin der Filialpraxis Apolda), folgend von links nach rechts die Praxisinhaberinnen: Dr. Katrin Reuter-Ehrlich, Dr. Cosima Schramm und Dr. Anett Windisch. Foto: privat

der Aufgaben achten wir sehr darauf, die individuellen Neigungen und Stärken unserer Mitarbeiter zu berücksichtigen, denn man ist gut in dem, was man gerne tut: Die einen schulen lieber, die anderen lieben die Wundbehandlung, die dritten kümmern sich um Abrechnung und DMP“, sagt Dr. Reuter-Ehrlich. Etwa 80 % der von der Gemeinschaftspraxis behandelten Menschen haben Diabetes. Alle Ärztinnen betreuen aber zusätzlich auch Patient*innen hausärztlich und teilen sich die umfangreichen Aufgaben der Schwerpunktpraxis untereinander auf. „So gibt es für unser Team und unsere Patient*innen klare Zuständigkeiten und Strukturen.“ Neben der Grundversorgung der Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes und der Betreuung von Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes, die von allen durchgeführt wird, behandeln Dr. Reuter-Ehrlich in Jena und Dr. Saller-Schmeißer

in Apolda in Extra-Sprechstunden Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom; Dr. Schramm und Dr. Windisch wie auch Dr. Saller-Schmeißer haben sich auf die Diabetestechnologie spezialisiert.

Lohnt sich: der Nachweis der Qualität durch die Zertifizierung

Bei den rund 3.700 Patient*innen, die die Praxis pro Quartal im Schnitt aufsuchen, kämen die übersichtli-

chen Strukturen, die konsequente Einhaltung höchster leitlinienkonformer Qualitätsstandards sowie die Freundlichkeit des gesamten Teams sehr gut an, sagt Dr. Reuter-Ehrlich. „Es hat sich für uns auf jeden Fall rentiert, regelmäßig den Nachweis für eine qualitätsgesicherte Diabetestherapie zu erbringen, auch, weil wir dadurch gezwungen sind, stets aufs Neue sämtliche Prozesse zu durchleuchten.“ Petra Spielberg

STECKBRIEF

- **Ort:** Jena, Filialpraxis in Apolda
- **Gesamtanzahl der Patient*innen in Jena und Apolda (4. Quartal 2024):** 3.700, davon mit Diabetes mellitus: ca. 80%
- **Anzahl der Mitarbeitenden:** vier Fachärztinnen für Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, zwei Fachärztinnen in Weiterbildung Diabetologie, ein Assistenzarzt in Weiterbildung Allgemeinmedizin, dreizehn MFA (davon drei Diabetesberaterinnen DDG, zwei Praxismanagerinnen, vier Wundassistentinnen), eine Auszubildende zur MFA

Module machen Kompetenzen sichtbar

Ab 1. Juli: Zertifizierungsmodul für Exzellenzzentren ermöglicht Menschen mit Diabetes bessere Orientierung

BERLIN. Für Diabeteszentren DDG und Diabetes Exzellenzzentren DDG bietet die DDG zusätzliche Zertifizierungsmodule an. Für die Diabetes Exzellenzzentren ist ab dem 1. Juli 2025 der Nachweis eines Zertifizierungsmoduls verpflichtend.

Welche Vorteile hat es, spezifische Kompetenzen durch ein Zertifizierungsmodul DDG nachzuweisen?
Prof. Müller-Wieland: Erwirbt eine Einrichtung ein Zertifizierungsmodul DDG, kann sie damit ihre vertiefende Expertise, ihre Erfah-

runge, die sich aus den Mindestzahlen ergibt, und die Behandlungsqualität sichtbar machen. Davon profitiert natürlich die Einrichtung selbst, vor allem aber auch Patient*innen, Angehörige und Zuweiser. Die Zertifizierungsmodul DDG wurden von Ausschuss QSW zusammen mit den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften der DDG entwickelt.



Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland
Vorsitzender des Ausschusses Qualität, Schulung & Weiterbildung
Foto: DDG/Dirk Deckbar

Warum ist es ab dem 1. Juli 2025 für Diabetes Exzellenzzentren DDG verpflichtend, eines der Zertifizierungsmodul DDG vorzuweisen?

Prof. Müller-Wieland: Die DDG möchte damit die Versorgungsqualität weiter stärken und Menschen mit Diabetes eine Orientierungshilfe geben, welche Behandlungseinrichtungen ein besonders hohes Qualitätsniveau

vorweisen, um Personen in besonderen Lebenslagen oder mit komplexen Komorbiditäten zu betreuen. Natürlich hatten die Einrichtungen Zeit, sich vorzubereiten: Die Übergangsfrist von zwei Jahren läuft nun aus. 70 % der Diabetes Exzellenzzentren haben derzeit auch schon ein Zertifizierungsmodul DDG erworben. **Wichtig:** Ein Zertifizierungsmodul muss im Zuge eines neuen oder Rezertifizierungsantrags erworben werden. Alle bestehenden Anerkennungen bleiben erhalten – ob mit oder ohne Modul.

Sind weitere Module in Planung?
Prof. Müller-Wieland: Ja, in Planung sind u. a. die Module Diabetes & Technik DDG und Diabetes & Herz DDG. Derzeit gibt es vier Zertifizierungsmodul: die Zusatzkompetenzen Diabetes & Schwangerschaft DDG, Diabetes & Psyche DDG, Diabetes & Fuß DDG und Diabetes & Adipositas DDG.

ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierung/zertifizierungsmodul-ddg



»Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen«

DDG Medienpreis 2025 ausgeschrieben – Bewerbung bis 31. Juli

BERLIN. Wie steht es angesichts der vielen Krisen um die Diabetesversorgung in Deutschland? Journalistische Beiträge, die sich mit diesem Thema befassen, können bis Ende Juli für den DDG Medienpreis eingereicht werden.

Krisenherde, geopolitische Konflikte, Klimawandel, politische Unsicherheiten und wirtschaftliche Herausforderungen: Die Welt scheint im Dauer-Krisenmodus zu sein. Gute Nachrichten sind sel-

ten – und mittendrin circa neun Millionen Menschen in Deutschland, die mit einem Diabetes mellitus leben und auf eine kompetente sowie menschliche Versorgung angewiesen sind. Erhalte ich auch morgen noch meine Medikamente? Bin ich auch künftig noch gut betreut, wenn es weniger medizinisches Fachpersonal gibt? Welche Chancen kann der Regierungswechsel für die Menschen mit Diabetes und das Gesundheitssystem in Deutschland bringen? Diese und ähnliche Themen können im Fokus der Einreichungen für den DDG Medienpreis 2025 mit dem Motto „Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen“ stehen.

„Wir möchten mit der DDG-Medienpreisausschreibung 2025 gerne auch die Chancen hinter diesen Herausforderungen und Krisen

sichtbar machen“, erläutert DDG Mediensprecher Professor Dr. BAPTIST GALLWITZ. Welche Änderungen kann zum Beispiel der politische Wechsel in Deutschland mit sich bringen? Viele gesundheitspolitische Entwicklungen sind vor der Bundestagswahl im Februar 2025 noch längst nicht abgeschlossen.

Wie kann eine wegweisende Diabetesversorgung aussehen?

„Wir wollen daher ganz bewusst die Menschen hinter den Geschichten und hinter der vermeintlichen Krise kennenlernen und erfahren, wie eine menschliche und wegweisende Diabetesversorgung oder Prävention aussehen kann“, betont Gallwitz. Eingereicht werden können qualitativ hochwertige Beiträge bis zum 31. Juli 2025 in den Kategorien Lesen, Hören und Sehen. Die Preise sind jeweils mit 2.000 Euro dotiert.

DDG/dz

Weitere Informationen zum DDG Medienpreis: www.ddg.info/pressebereich/ddg-medienpreise-2025



Foto: 愛愛黃 - stock.adobe.com

Reisestipendien für den Diabetes Kongress

Bewerbungen sind bis 28. Februar möglich

BERLIN. Ein Reisestipendium erleichtert den Besuch des Diabetes Kongresses finanziell, ermöglicht aber auch die Teilnahme am umfangreichen Nachwuchsprogramm während des Kongresses. Der Diabetes Kongress 2025 findet vom 28. bis 31. Mai in Berlin statt.

Reisestipendien für den Diabetes Kongress vergibt die DDG an Studierende der Medizin, der Naturwissenschaften sowie der Pharmazie und an Psychologiestudierende mit diabetesbezogenem Interesse, außerdem an Assistenzärzt*innen bis 35 Jahre und an Erstautor*innen eines wissenschaftlichen Abstracts. Bis zum 28. Februar ist Zeit, sich zu bewerben.

Reisestipendium für den Diabetes Kongress – das ist drin:

- Zugang zum gesamten Tagungsprogramm
- eine großzügige Reisekostenpauschale
- separates Stipendienprogramm sowie
- Einführung in das Tagungsprogramm und Begleitung durch die Mitglieder der AG Nachwuchs der DDG



Foto: Edith 4 - stock.adobe.com (generiert mit KI)

Ein Stipendium erleichtert die Reise zum Diabetes Kongress.

Vergeben werden 100 Stipendien in Höhe von 400 Euro (Reise- und Übernachtungskostenpauschale) sowie zusätzlich ca. 20 Stipendien mit Mobilitätzuschuss in Höhe von 150 Euro. Über die Art des Stipendiums entscheidet eine Jury. dz

Weitere Informationen und Bewerbungsformular:

diabetes-kongress.de/kongress/#nachwuchsfoerderung



Effektiv schulen mit digitalen Programmen



Prostock-studio - stock.adobe.com

Diese zertifizierten Programme sind in der Diabetes Schulungs-Lounge enthalten:

PRIMAS

HyPOS

INPUT
SO PUMPT DAS LEBEN!

SGS
STRUKTURIERTE GERIATRISCHE SCHULUNG

MEDIA 2



Flexibel, mobil, aktuell: Jetzt online durchstarten!
www.diabetes-schulungs-lounge.de

MedTriX Group
In Kooperation mit
FIDAM
FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT DIABETES

127.0022

Neu- oder re-zertifizierte Kliniken und Arztpraxen

(im Zeitraum 12.11.2024 bis 15.01.2025)

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
PLZ 1		
Schwerpunktpraxis für Diabetes – Praxis Inga Koch	12627 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Gastroenterologie/Diabetologie	14089 Berlin	Diabeteszentrum DDG
Gemeinschaftspraxis Bröße/Thelen üBAG, Hauptbetriebsstätte Ludwigsfelde	14974 Ludwigsfelde	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Wolfram Steinborn	15306 Seelow	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Gemeinschaftspraxis Bröße/Thelen üBAG, Nebenbetriebsstätte Zossen	15806 Zossen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxis Wohlan-Niemeyer/Schade	16321 Bernau	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Michael Weber	17291 Prenzlau	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 2		
Asklepios Klinik St. Georg, Gefäßchirurgie	20099 Hamburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 3		
Diabetes-Zentrum Hannover-Nord	30165 Hannover	Fußbehandlungseinrichtung DDG
KRH Klinikum Siloah, Gastroenterologie, Diabetologie, Akutgeriatrie	30459 Hannover	Fußbehandlungseinrichtung DDG
UKGM Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Med. Klinik und Poliklinik III	35385 Gießen	Diabeteszentrum DDG
PLZ 4		
Diabetes im Zentrum – Diabetes-Schwerpunktpraxis Dr. Sebahat Şat	40210 Düsseldorf	Diabeteszentrum DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Iris Donati-Hirsch	44137 Dortmund	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Kath. St. Paulus Gesellschaft, St. Marien Hospital Lünen, Diabetologie	44534 Lünen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Jurica/Eckey	44803 Bochum	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ Contilia GmbH, Praxis für Diabetologie	45138 Essen	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Ariane Sellmann	45468 Mülheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Praxisgemeinschaft Lukaskreuzung	45711 Datteln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Hausarzt- und Diabetes-Zentrum Dres. med. Hussein & Kollegen	45879 Gelsenkirchen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
HELIOS St. Johannes Klinik Duisburg GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	47166 Duisburg	Diabeteszentrum DDG
St. Bernhard-Hospital GmbH	47475 Kamp-Lintfort	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabeteschwerpunktpraxis Dr. med. Rainer Möllmann	47799 Krefeld	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Helios Klinikum Krefeld, Diabetische Fußambulanz	47805 Krefeld	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Helios Klinikum Krefeld, MED III Station M1	47805 Krefeld	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Christophorus-Kliniken GmbH, DZE-Diabeteszentrum für Erwachsene	48249 Dülmen	Diabeteszentrum DDG

Einrichtung	PLZ/Ort	Anerkennung
Zentrum für Kardiologie und Diabetologie Dr. med. V. Niehaus	48268 Greven	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Christophorus-Kliniken GmbH, Standort Coesfeld, DZK-Diabeteszentrum für Kinder (Station cA2)	48653 Coesfeld	Diabeteszentrum DDG
Niels-Stensen-Kliniken Marienhospital Osnabrück, Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie – Diabetologie	49074 Osnabrück	Diabeteszentrum DDG
Praxis Dres. Beier/Kux	49124 Georgsmarienhütte	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 5		
MVZ St. Marien GmbH – Chirurgische Praxis für diabetische und neuropathische Füße	50668 Köln	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Luisenhospital Aachen, Innere Medizin/Gastroenterologie/Diabetologie	52064 Aachen	Diabeteszentrum DDG 
St. Marien-Hospital Düren, Pädiatrie	52353 Düren	Diabeteszentrum DDG
Klinik Niederrhein der DRV Rheinland, Abteilung Gastroenterologie und Stoffwechsel	53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Diabeteszentrum DDG
Diabeteszentrum Schwerte	58239 Schwerte	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 6		
DGD Krankenhaus Sachsenhausen gGmbH, Diabetologie	60594 Frankfurt am Main	Fußbehandlungseinrichtung DDG
GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim gGmbH,	61231 Bad Nauheim	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Fachinternisten Aschaffenburg, Praxis Dr. Kummer & Dr. Schirmmacher-Memmel	63739 Aschaffenburg	Fußbehandlungseinrichtung DDG
MVZ Pfälzer Land GmbH	67688 Rodenbach	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 7		
Krankenhaus Bietigheim im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH, Klinik für Innere Medizin	74321 Bietigheim-Bissingen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen, Diabeteszentrum	78224 Singen	Fußbehandlungseinrichtung DDG
PLZ 8		
Diabetes-Zentrum Chiemgau	83093 Bad Endorf	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Ambulantes Diabeteszentrum Arianne Belleville	83278 Traunstein	Diabetes Exzellenzzentrum DDG 
Gemeinschaftspraxis Herznah Dr. Prohaska/Dr. Schulte	84453 Mühldorf	Diabeteszentrum DDG
PLZ 9		
Praxis Dr. med. Jochen Manz	93055 Regensburg	Diabetes Exzellenzzentrum DDG
Praxis Dr. med. Ilka Simon-Wagner	96215 Lichtenfels	Fußbehandlungseinrichtung DDG
Katholisches Krankenhaus „St. Nepomuk“	99097 Erfurt	Klinik mit Diabetes im Blick DDG
Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Annette Engelhardt	99610 Sömmerda	Diabeteszentrum DDG
Praxis für Diabetologie-Angiologie-Allgemeinmedizin Diabetologische Schwerpunktpraxis Doctor-Medic P.M. Serban	99817 Eisenach	Fußbehandlungseinrichtung DDG

Immer auf dem Laufenden

DDG Social Media

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

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

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

Dr. Jessica Nielitz, Potsdam
Dr. Johanna Weekes, Freiburg im Breisgau
Dr. Imola Ivett Balan, Passau
Simone Cindy Hienzsch, Würzen
Dr. Fabian Saßmannshausen, Aachen
Dr. Teodora Cristina Mocanu, Bad Mergentheim
Teodora-Aura Botez, Fürth
Yahian Jesry, Marsberg
Dr. Julian Linnebach, Frankfurt am Main
Manfred Michael Nickertz, Selm
Dr. Lars Sudhoff, Augsburg

Dr. Claudiu Butunoi, Untereisesheim
Dr. Philipp Schädle, Leinfelden-Echterdingen
Christian Michael Schulze, Karlsruhe
Dr. Christian Kübler, Tübingen
Dr. Clemens Werner, Felde
Dr. Rima Kashar, Kleve
Carmen-Elena Cimpoiu, Wuppertal
Dr. Anna Maria Felder, Kempten
Dr. Faycal Mahmoud Chadli, Frankfurt am Main
Dr. Annie Mathew, Essen
Dr. Stefanie Schramm, Aschaffenburg
G. Abbas Afzalie, Oberhausen

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.

➔ Diabetesedukation DDG

Nutzen Sie die Möglichkeiten der Weiterbildung für Gesundheitsfachkräfte!

Mit der Diabetesedukation werden Ihre Mitarbeitenden für Klinik, Praxis und auch Reha-Einrichtungen ausgebildet!

IHR VORTEIL: Das modulare Konzept bietet die Möglichkeit, den Abschluss Diabetesassistent*in DDG auf dem Weg zur Diabetesberater*in zusätzlich zu erwerben. **Diabetesedukation: Ihr Weg zur Expertise!**

Nutzen Sie die Möglichkeit der Fortbildung!

www.ddg.info/diabetesedukation, www.ddg.info/qualifizierung/weiterbildungsstipendien

Freie Plätze Diabetesassistent*in und -berater*in DDG		
Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Jena JE 03	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: 24.02. – 07.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 11.08. – 15.08.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 18.08. – 22.08.2025 Modul 5: 20.10. – 30.10.2025 Modul 6: 01.12. – 12.12.2025 Modul 7: 02.02. – 13.02.2026 → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 05	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischemakademie-regensburg.de www.katholischemakademie-regensburg.de	Modul 1: 17.03. – 28.03.2025 Modul 2: 05.05. – 16.05.2025 Modul 3: 02.06. – 06.06.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 06.10. – 17.10.2025* Modul 5: 10.11. – 21.11.2025 Modul 7: 12.01. – 23.01.2026 Modul 6: 09.02. – 13.02.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bochum BO 02	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 24.03. – 04.04.2025 Modul 2: 02.06. – 13.06.2025 Modul 3: 18.08. – 22.08.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 20.10. – 31.10.2025* Modul 5: 15.12. – 19.12.2025 Modul 6: 19.01. – 30.01.2026 Modul 7: 09.03. – 20.03.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Jena JE 04 LÄK	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: 31.03. – 11.04.2025 Modul 2: 16.06. – 21.06.2025 → Abschluss Assistenz in der Diabetologie LÄK Thüringen
Jena JE 04 DA	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: 31.03. – 11.04.2025 Modul 2: 16.06. – 27.06.2025 Modul 3: 01.09. – 05.09.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Leipzig LP 02	Diabeteszentrum Leipzig e.V. Lützener Straße 145, 04179 Leipzig ☎ Tel.: 0162/2182893, ☎ Fax: 0341/4424852 Diabeteszentrum.leipzig@web.de	Modul 1: 31.03.2025 – 11.04.2025 Modul 2: 01.09.2025 – 12.09.2025 Modul 3: 10.11.2025 – 14.11.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Rheine RH 07	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319, ☎ Fax: 05971/42-1116 ma.pruss@mathias-spital.de, www.afg-rheine.de	Modul 1: 28.04. – 09.05.2025 Modul 2: 07.07. – 18.07.2025 Modul 3: 08.09. – 12.09.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 03.11. – 14.11.2025* Modul 5: 26.01. – 06.02.2026 Modul 6: 02.03. – 13.03.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Hamburg HH 01	Diabetes Akademie Nord Mönckebergstraße 5, 20095 Hamburg ☎ Tel.: 040/324979 info@diabetes-schulungszentrum.org	Modul 1: 05.05. – 09.05.2025 + 23.06. – 27.06.2025 Modul 2: 28.07. – 01.08.2025 + 01.09. – 05.09.2025 Modul 3: 22.09. – 29.09.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG
Regensburg RB 06	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@katholischemakademie-regensburg.de www.katholischemakademie-regensburg.de	Modul 1: 07.07. – 18.07.2025 Modul 2: 20.10. – 31.10.2025 Modul 3: 01.12. – 05.12.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 26.01. – 06.02.2026* Modul 5: 09.03. – 20.03.2026 Modul 7: 20.04. – 01.05.2026 Modul 6: 08.06. – 12.06.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Bad Mergentheim BMH 02	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: 14.07. – 25.07.2025 Modul 3: 22.09. – 26.09.2025 Modul 2: 10.11. – 21.11.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 12.01. – 16.01.2026* Modul 5: 19.01. – 23.01.2026 + 16.03. – 20.03.2026 Modul 6: 23.03. – 27.03.2026 + 27.04. – 30.04.2026 Modul 7: 29.06. – 10.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Bochum BO 03	Augusta Akademie Bochum Dr.-C.-Otto-Straße 27, 44879 Bochum ☎ Tel.: 0152/56458325 m.grothe@augusta-bochum.de www.augusta-akademie.de	Modul 1: 14.07. – 25.07.2025 Modul 2: 01.09. – 12.09.2025 Modul 3: 10.11. – 14.11.2025 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 05.01. – 16.01.2026 Modul 5: 23.03. – 27.03.2026 Modul 6: 20.04. – 01.05.2026 Modul 7: 06.07. – 17.07.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
TR 02	Diabetes-Akademie Südostbayern Haus St. Rupert, Rupprechtstraße 6, 83278 Traunstein ☎ Tel.: 0861/3090713 info@diabetes-akademie.net www.diabetes-akademie.net	Modul 1: 22.09. – 02.10.2025 Modul 2: 01.12. – 13.12.2025 Modul 3: 23.02. – 27.02.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 02.03. – 06.03.2026 Modul 5: 08.06. – 19.06.2026 Modul 6: 13.07. – 24.07.2026 Modul 7: 21.09. – 25.09.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
RH 08 DB	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 m.grothe@augusta-bochum.de www.afg.mathias-stiftung.de	Modul 1: 29.09. – 10.10.2025 Modul 2: 17.11. – 28.11.2025 Modul 3: 05.01. – 09.01.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 16.03. – 27.03.2026 Modul 5: 18.05. – 30.05.2026 Modul 6: 20.07. – 31.07.2026 Modul 7: 28.09. – 09.10.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
BER 02	Wannsee Akademie des Wannseeschule e.V. Berlin Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin ☎ Tel.: 030/80686-040, ☎ Fax: 030/80686-101 akademie@wannseeschulen.de www.wannseeschule.de	Modul 1: 03.11. – 14.11.2025 Modul 2: 19.01. – 30.01.2026 Modul 3: 23.02. – 27.02.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 13.04. – 24.04.2026 Modul 5: 15.06. – 26.06.2026 Modul 6: 05.10. – 16.10.2026 Modul 7: 18.01. – 22.01.2027 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
HER 01	MEDIGREIF Inselklinik Heringsdorf GmbH Haus Gothensee, Setheweg 11, 17424 Heringsdorf ☎ Tel.: 038378/780-502, ☎ Fax: 038378/780-555 www.haus-gothensee.de	Modul 1: 13.10. – 24.10.2025 Modul 2: 26.01. – 06.02.2025 Modul 3: 02.03. – 06.03.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG
RH 09	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine ☎ Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de www.afg.mathias-stiftung.de	Modul 1: 01.12. – 12.12.2025 Modul 2: 09.02. – 20.02.2026 Modul 3: 23.03. – 27.03.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG Modul 4: 27.04. – 08.05.2026 Modul 5: 29.06. – 10.07.2026 Modul 6: 24.08. – 04.09.2026 Modul 7: 16.11. – 27.11.2026 zzgl. Wahlpflichtmodul → Abschluss Diabetesberater*in DDG
Regensburg RB 07	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg ☎ Tel.: 0941/5696-22, ☎ Fax: 0941/5696-38 info@katholischemakademie-regensburg.de www.katholischemakademie-regensburg.de	Modul 1: 08.12. – 19.12.2025 Modul 2: 02.02.2026 – 13.02.2026 Modul 3: 16.03. – 20.03.2026 → Abschluss Diabetesassistent*in DDG

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

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

➔ Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG – Fortbildung für Pflegende

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ_ BW_11	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen ☎ Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	17.02. – 18.03.2025
BaQ Tue_05	Medizinische Klinik Tübingen Ort: Medizinische Klinik Tübingen Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen ☎ Tel.: 07071/29-84485 E-Mail: Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de	18.03. – 19.03.2025



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



Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
BaQ KÖ 08	Krankenhaus St. Hildegardis Bachemer Straße 29-33, 50931 Köln Diabetesberatung.Koeln@malteser.org	09. – 10.04.2025
BaQ_ RB_12	Kath. Akademie für Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Angelika Deml, Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel.: 0941/5696-22, Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de, www.katholischeckademie-regensburg.de	04.06. – 05.06.2025
BaQ BK_06	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. – 29.04.2025
BaQ Tue_06	Medizinische Klinik Tübingen Ort: Medizinische Klinik Tübingen Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen Tel.: 07071/29-84485 E-Mail: Marjo.Graf@med.uni-tuebingen.de	23.04. – 24.09.2025
BaQ BK_07	ctt-Fortbildungszentrum Verbundkrankenhaus Bernkastel/Wittlich Anke Funk, Karl-Binz-Weg 12, 54470 Bernkastel-Kues Tel.: 0651/82 44-288 fortbildungszentrum@ctt-zentrale.de	03.11. – 04.11.2025
BaQ_ BW_12	Asklepios Klinikum Nordhessen Asklepios Klinikum Schwalmstadt, Diabetes Schulungsraum 1 UG F1 Julia Steklow, Laustraße 37, 34537 Bad Wildungen Tel.: 05621/795 24 13 j.steklow@asklepios.com	13.11. – 14.11.2025
BaQ BL 06	Diabeteszentrum Bad Lauterberg Kerstin Zoher, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg zoher@diabeteszentrum.de	14.11. – 15.11.2025

Weitere Informationen finden Sie auf www.ddg.info/qualifizierung-basisqualifikation-diabetes-pflege
Kurse sind anrechenbar für die Fortbildung im Rahmen der Zertifizierung Klinik mit Diabetes im Blick.

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 16	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	17.03. – 21.03.2025 02.06. – 06.06.2025
Rheine DPFK Kurs 18	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	18.08. – 22.08.2025 27.10. – 31.10.2025

Anmeldung: Die Bewerbungsunterlagen sind an die jeweilige Weiterbildungsstätte zu senden.
Hier erhalten Sie auch Auskunft über das Bewerbungsverfahren.
Weitere Informationen unter www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-klinik-2 und per E-Mail: weiterbildung@ddg.info. Wir informieren Sie gerne!

➔ Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

Sie brauchen kompetentes, diabetologisch geschultes Pflegepersonal, das diabetologische Pflegerisiken in der Langzeitpflege erkennt und die Pflegeplanung gezielt am besonderen Bedarf der Menschen mit Diabetes ausrichtet? Sie möchten Liegezeiten verkürzen und Komplikationen vermeiden? Dann melden Sie Ihre Pflegekraft jetzt zur Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG an!
Weitere Informationen unter www.ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1 und per E-Mail: weiterbildung@ddg.info. Wir informieren Sie gerne!

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Rheine DPFK Kurs 03	Akademie der Stiftung Mathias-Spital Rheine Frankenburgstraße 31, 48431 Rheine Tel.: 05971/42-7319 info@afg-rheine.de, www.afg.mathias-stiftung.de	16.06.2025 – 18.06.2025 (Präsenz) 28.07.2025 – 29.07.2025 (online) 28.08.2025 – 29.08.2025 (online) 29.10.2025 – 31.10.2025 (Präsenz)

Weitere Informationen finden Sie auf ddg.info/qualifizierung/fuer-medizinisches-assistenzpersonal/diabetes-pflegefachkraft-ddg-fuer-die-langzeitpflege-1

➔ 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

Neues Curriculum!

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
Kurse nach neuem Curriculum der Fuß- und Wundassistent*in DDG		
19	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 10.03. – 12.03.2025 online Block 2: 17.03. – 19.03.2025 Präsenz
57	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Straße 221-223, 50733 Köln Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	Block 1: 10.03. – 12.03.2025 online Block 2: 17.03. – 19.03.2025 Präsenz
58	CID Centrum für integrierte Diabetesversorgung St. Vinzenz-Hospital, Merheimer Straße 221-223, 50733 Köln Tel.: 0221/9349461 schulung@cid-direct.de, www.cid-direct.de	Block 1: 22.09. – 24.09.2025 online Block 2: 29.09. – 01.10.2025 Präsenz
20	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 13.10. – 15.10.2025 online Block 2: 20.10. – 22.10.2025 Präsenz

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
12	Diabetes-Akademie Bad Mergentheim Theodor-Klotzbücher-Straße 12, 97980 Bad Mergentheim Tel.: 07931/594 165, Fax: 07931/77 50 info@diabetes-zentrum.de, www.diabetes-akademie.de	Block 1: 3.11. - 5.11.25 online Block 2: 26.11. - 28.11.25 Präsenz
27	Diabetes Zentrum Thüringen e.V. Am Klinikum 1, Gebäude A, 07743 Jena Tel.: 03641/9324346, Fax: 03641/9324342 nadine.kuniss@med.uni-jena.de, www.diabetes-thueringen.de	Block 1: 05.11. – 07.11.2025 Block 2: 12.11. – 14.11.2025

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

Ab Herbst 2024 können sich Diabetesberater*innen zum Diabetescoach DDG

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

➔ Diabetescoach DDG

Nächster Kurs mit freien Plätzen

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
DC 04	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. in Kooperation mit der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel.: 0941/5696-22, Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 11.12. – 12.12.2025 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

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

➔ Adipositasberater*in DAG-DDG

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

Weiterbildungsort	Kurstermine
Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. An der Eiche 1, 83278 Traunstein, Tel.: 08663/3090713 info@diabetes-akademie.net, www.diabetes-akademie.net Veranstaltungsort (Teil 2): Kreszentia-Stift, Isartalstraße 6, 80469 München	Kurs 2: Teil 1: 21.02. – 22.02.2025 (online) Teil 2: 06.03. – 08.03.2025 (in Präsenz in München)
Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg Tel.: 0941/5696-22, Fax: 0941/5696-38 info@katholischeckademie-regensburg.de	07.07. – 11.07.2025* 13.10. – 17.10.2025*

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

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

NEUES KURSANGEBOT, Informationen s. Seite 6

➔ Orthopädieschumacher*in DDG

Kurs Nr.	Weiterbildungsort	Kurstermine
1	Kath. Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V. Ostengasse 27, 93047 Regensburg, Tel.: 0941/5696-0 a.deml@katholischeckademie-regensburg.de www.katholischeckademie-regensburg.de	Block 1: 30.06. – 01.07.2025 (online) Block 2: 08. und 09.07.2025 (Präsenz) Block 3: 16.07.2025 (online)

➔ Seminare Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie

Kurs	Termine	Tagungsort	Kosten
Akademie Luftiku(r)s e.V. Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück Tel.: 0174/619 3869 akademieluftikurs@gmail.com www.akademie-luftikurs.de	Termine direkt anfragen!	Bischöfliches Priesterseminar, Große Domsfreiheit 5, 49074 Osnabrück	600,- € bei Anmeldung ab 4 Wochen vor dem Termin 30,- € zusätzlich. Exkl. Verpflegung und Übernachtung
Dr. rer. medic. Nicola Haller medipäd Am Bühl 7 1/2, 86199 Augsburg Tel.: 0175/4004901 dr.nicola.haller@medi-paed.de www.medi-paed.de	Blended-Termine: 25./28.04.2025 (online) + 26./27.04.2025 13./16.06.2025 (online) + 14./15.06.2025 05./08.09.2025 (online) + 06./07.09.2025 21./24.11.2025 (online) + 22./23.11.2025	Tagungsräume im Hotel am alten Park Augsburg Alle Präsenztage im Tagungszentrum im Diakonissenkrankenhaus, Frölichstraße 17, Augsburg	720,- € inkl. Kursunterlagen
willms.coaching Wilhelm-Busch-Straße 19, 37083 Göttingen Tel.: 0551/7974741 Fax: 0551/29213514 office@willmscoaching.de www.willmscoaching.de	Blended-Termine: 07.03.2025 (online) + 21.03. – 22.03.2025 09.05.2025 (online) + 23.05. – 24.05.2025 13.06.2025 (online) + 05.07. – 06.07.2025		720,- € Fortbildungspunkte der Ärztekammer werden erteilt. Präsenzkurse inkl. Seminarunterlagen und Mittagessen.
Dr. med. Katja Schaaf Schinkelstraße 43, 40211 Düsseldorf Tel.: 0178/4596146 info@drkatjaschaaf.de www.drkatjaschaaf.de	Blended-Termine Schwerpunkt Pädiatrie: 28.05.2025 (online) + 14.06. – 15.06.2025 06.08.2025 (online) + 23.08. – 24.08.2025 22.10.2025 (online) + 08.11. – 09.11.2025	Elisabeth-Krankenhaus, Essen, Konferenzzentrum, Klara-Kopp-Weg 1 45138 Essen	750,- € zzgl. 19% MwSt.; inkl. Seminarunterlagen

Fortbildungspunkte werden in der Regel von der Ärztekammer erteilt.

➔ Fachpsycholog*in DDG

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

Die DDG Job- und Praxenbörse

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



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

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

STELLENANGEBOTE

ÄRZT*INNEN

Mannheim, 20.01.2025

Allgemeinmediziner*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: CRS Clinical Research Services Mannheim GmbH
- Adresse: Grenadierstraße 1, 68167 Mannheim
- Ansprechpartner: Personalabteilung, human-resources@crs-group.de
- Website: jobs.crs-group.de/de?id=c59078

Berlin, 14.01.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Heckhausen
- Adresse: Rodensteinstraße 32, 13593 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Julia Heckhausen, 030/3614080, praxis-heckhausen@t-online.de
- Website: www.praxis-heckhausen.de

Forchheim, 12.01.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Forchheim
- Adresse: Bayreuther Straße 6, 91301 Forchheim
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Iris Lowack, 09191/73710, info@dzfo.de
- Website: www.dzfo.de

Bad Kissingen, 09.01.2025

Oberärzt*in Psychotherapie/Psychatrie (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Reha-Zentrum Bad Kissingen
- Adresse: Pfaffstraße 10, 97688 Bad Kissingen
- Ansprechpartnerin: Franziska Schießler, 0971/852362, franziska.schiessler@drv-bund.de
- Website: www.reha-klinik-saale.de/

Düsseldorf, 07.01.2025

Diabetolog*in DDG / LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetes-Zentrum Düsseldorf
- Adresse: Provinzialplatz 2, 40591 Düsseldorf
- Ansprechpartnerin: Dr. Juliane Karthe, 0157/73967056, juliane.karthe@web.de
- Website: www.diabeteszentrumduesseldorf.de

Wetzlar, 05.01.2025

Diabetolog*in DDG / LÄK (m/w/d)

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



Mehr Jobs, mehr Auswahl, mehr berufliche Perspektiven

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

Soltau, 02.01.2025

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Lüneburger Heide
- Adresse: Walsroder Straße 8, 29614 Soltau
- Ansprechpartner: Dr. med. Ralf Klask, 05191/979610, r.klask@dz-lh.de
- Website: www.dz-lh.de

Bad Doberan, 21.12.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Bert Basan
- Adresse: Goethestraße 1a, 18209 Bad Doberan
- Ansprechpartner: Dr. med. Bert Basan, 0173/9233814, bertbasan@web.de

Bad Kissingen, 16.12.2024

Oberärzt*in für Psycho-Diabetologie (Duale Reha) (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Reha-Zentrum Bad Kissingen der Deutschen Rentenversicherung Bund
- Adresse: Pfaffstraße 10, 97688 Bad Kissingen
- Ansprechpartner: Dr. med. Klaus Herrmann, 0971/85-2161, bewerbungen-rz-bad-kissingen@drv-bund.de
- Website: www.reha-klinik-saale.de/SharedDocs/Stellenangebote/klinik/saale/Oberarzt_Psycho.html

Bensheim, 11.12.2024

Internist*in/Allgemeinmediziner*in (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diazen Bergstraße
- Adresse: Berliner Ring 153, 64625 Bensheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Benno Görtz, goertz@diazen.de
- Website: www.diazen.de

Kerpen, 03.12.2024

Diabetolog*in DDG/LÄK (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetespraxis im Erft Karree
- Adresse: Am Falder 36, 50171 Kerpen
- Ansprechpartner: Dr. Philipp Thoma, 0160/95492713, philipp.thoma@gmail.com
- Website: www.diabetespraxis.info

GESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Mainz, 22.01.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis Dr. Zayadeh
- Adresse: Adam-Karrillon-Straße 23, 55118 Mainz
- Ansprechpartner: Dr. med. Adel Zayadeh
- Website: www.diabetologe-dr-zayadeh-mainz.de

Coburg, 20.01.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis PD Dr. Sigrun Merger
- Adresse: Max-Böhme-Ring 2c, 96450 Coburg
- Ansprechpartnerin: PD Dr. med. Sigrun Merger, merger@diabetologie-coburg.de

Coburg, 20.01.2025

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis PD Dr. S. Merger
- Adresse: Max-Böhme-Ring 2c, 96450 Coburg
- Ansprechpartnerin: PD Dr. med. Sigrun Merger, merger@diabetologie-coburg.de

Ingolstadt, 16.01.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Klinikum Ingolstadt GmbH
- Adresse: Krumenauerstraße 25, 85049 Ingolstadt
- Ansprechpartnerin: Dr. Lena Westphal, karriere@klinikum-ingolstadt.de
- Website: klinikum-ingolstadt.de

NACHFOLGEGESUCHE

Herford, 21.11.2024

Praxispartner*in für Diabetologische Schwerpunktpraxis (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Diabetologische Schwerpunktpraxis, BAG, Dres. med. Gunter Mitzloff & Ioannis Karakalpakis
- Adresse: Bismarckstraße 78, 32049 Herford
- Ansprechpartner: Christian Hoffmann, 0231/282 17400, christian.hoffmann@mlp.de

Kassel, 08.12.2024

Praxispartner*in für Diabetologische Schwerpunktpraxis (m/w/d)

- Praxisbezeichnung: Diabetespraxis Kassel
- Adresse: Pettenkoperstraße 26, 34121 Kassel
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Regina Winkelmann-Lind, 0172/5276383, regina.winkelmann@t-online.de
- Website: www.diabetespraxis-kassel.de

Direkt zu allen Nachfolgegesuchen



STELLENANGEBOTE

Bonn, 14.01.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Universitätsklinikum Bonn
- Adresse: Venusberg Campus 1, 53127 Bonn
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Charlotte Fries, charlotte.fries@ukbonn.de

Wilhelmshaven, 09.01.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis für Diabetologie und Endokrinologie
- Adresse: Mühlenweg 144, 26384 Wilhelmshaven
- Ansprechpartner: Dr. med. Uwe Ritzel, 04421/28144, uwe.ritzel@googlemail.com
- Website: www.praxis-dr-ritzel.de

München, 08.01.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.04.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum Bogenhausen
- Adresse: Cosimastraße 2, 81927 München
- Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Marcel Roos, 089/913468, marphiro@hotmail.com
- Website: www.diabetespraxis-muenchen.de

Leipzig, 03.01.2025

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: ab sofort
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Verlohren
- Adresse: Lützner Straße 145, 04179 Leipzig
- Ansprechpartner: Dr. Michael Verlohren, 0151/11553888, dr.verlohren@endodiab-leipzig.de
- Website: www.endodiab-leipzig.de

Ingolstadt, 31.12.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis in Ingolstadt
- Adresse: Harderstraße 12, 85049 Ingolstadt
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Grubmüller, grubmueller@diabetes-ingolstadt.de
- Website: www.diabetes-ingolstadt.de

Ingolstadt, 31.12.2024

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabetologische Schwerpunktpraxis in Ingolstadt
- Adresse: Harderstraße 12, 85049 Ingolstadt
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Grubmüller
- Website: www.diabetes-ingolstadt.de

Heppenheim, 29.12.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.02.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Diabeteszentrum DDG
- Adresse: Wilhelmstraße 1, 64646 Heppenheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Jens Braun, 0174/4267457, info@praxis-braun-siebein.de
- Website: www.praxis-braun-siebein.de

München, 17.12.2024

MFA (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: Praxis Dr. Meryk
- Adresse: Sporerstraße 2, 80333 München
- Ansprechpartner: Dr. med. Thomas Meryk, info@dr-meryk.de
- Website: www.dr-meryk.de

Bad Nauheim, 16.12.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Vollzeit
- Veröffentlicht von: GZW Diabetes-Klinik g GmbH
- Adresse: Ludwigstraße 37-39, 61231 Bad Nauheim
- Ansprechpartner: Dr. med. Michael Eckhard, 06032/7063224, michael.eckhard@gz-wetterau.de
- Website: www.diabetes-klinik-bn.de

Rheinstetten, 16.12.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Arztpraxis Patricia D. Kappler
- Adresse: Hans-Thoma-Straße 1, 76287 Rheinstetten
- Ansprechpartnerin: Patricia Kappler, 0172/7468975, admin@patricia-kappler.de
- Website: www.patricia-kappler.de

Witzenhausen, 15.12.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit oder Vollzeit
- Veröffentlicht von: Innere Medizin KH Werra-Meißner Witzenhausen
- Adresse: Steinstraße 16-19, 37213 Witzenhausen
- Ansprechpartnerin: Altrud Lanzendörfer, 0151/41283107, Aa1981@t-online.de

Berlin, 12.12.2024

Diabetesberater*in DDG (m/w/d)

- Arbeitsbeginn: 01.01.2025
- Voraussichtliche Dauer: unbefristet
- Arbeitszeit: Teilzeit
- Veröffentlicht von: diR Schwerpunktpraxis für Diabetes und Rheuma Wilmersdorf
- Adresse: Mecklenburgische Straße 20, 10713 Berlin
- Ansprechpartnerin: Dr. med. Sadraie Badri, 030/8243368, kontakt@dir-praxis.de
- Website: www.dir-praxis.de

Direkt zu allen
Stellenangeboten

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

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

Jetzt
Newsletter
gratis
sichern!



Scannen & Newsletter
abonnieren:
qr.medical-tribune.de/diabetesletter

**MEDICAL
TRIBUNE** [MTX]

BUNTES

Nicht nur Zuschauer sein

Viele Mitglieder engagieren sich ehrenamtlich in der DDG. Aus welchen Gründen?

BERLIN. Ohne ehrenamtliches Engagement könnte die DDG nicht so viel bewegen. Welche Gründe gibt es, sich einzusetzen?

Frage 1

Seit wann und in welcher Funktion engagieren Sie sich für die DDG?

Frage 2

Warum engagieren Sie sich ehrenamtlich für die DDG, was treibt Sie an?

Frage 3

Was nehmen Sie persönlich für sich mit aus Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit?

Frage 4

Wie überzeugen Sie Mitglieder der Fachgesellschaft, sich ebenfalls aktiv einzubringen?

Professor Dr. Diana Rubin

1. Seit 2019 bin ich Vorsitzende im Ausschuss Ernährung der DDG, 2023 war ich gemeinsam mit Professor Dr. Anja Bosity-Westphal Präsidentin der Diabetes Herbsttagung in Leipzig.

2. Ich möchte dafür sorgen, dass evidenzbasierte ernährungsmedizinische Erkenntnisse in die diabetologische Praxis umgesetzt werden – und das kann ich durch mein Engagement in der DDG erreichen.

3. Ich lerne viel für meine eigene Praxis und habe viele gute Kontakte geknüpft.

4. Ehrenamtliche Tätigkeit für eine medizinische Fachgesellschaft ist sehr sinnstiftend. Ich rate jedem, sich einen Schwerpunkt zu suchen und diesen konsequent zu verfolgen, auch durch die Gestaltungsmöglichkeiten in der Mitarbeit in einer Fachgesellschaft.



Prof. Dr.
Diana Rubin
Vivantes
Berlin

Foto: Vivantes/Werner Popp



Dr. Michael
Eckhard
Universitäres Diabetes-
zentrum Mittelhessen

Foto: Schaper für GWZ

Dr. Michael Eckhard

1. Mitglied der DDG bin ich seit 1999 – somit inzwischen seit 25 Jahren. Engagiert war/bin ich in diesen Funktionen:

- passager berufenes Mitglied des Ausschusses „Diabetologie DDG“
- Vorsitzender der Hessischen Diabetes Gesellschaft (HDG), Regionalgesellschaft der DDG
- Vorsitzender der AG Diabetischer Fuß der DDG
- berufenes Mitglied des Ausschusses Qualitätssicherung, Schulung & Weiterbildung
- berufenes Mitglied der Leitlinienkommission für das Diabetische Fußsyndrom
- Autor zum Thema Diabetisches Fußsyndrom für den Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes.

2. Es macht mir Freude, wenn ich Gestaltungsmöglichkeiten erkenne und sie ergreifen kann. Zudem ist ehrenamtliche Gremienarbeit wichtig, weil es um eine stetige Weiterentwicklung geht – Stillstand ist Rückgang. Dabei geht es um fachliche und gesundheitspolitische Stellung- und

Einflussnahmen. Auch ist mir die Nachwuchsförderung wichtig.

3. Ich darf viele kompetente Menschen kennenlernen und mich mit ihnen für eine gemeinsame Sache einsetzen. Das bedeutet Kontakte, Vernetzung, aber auch Profilierung, Diskurse und Allianzen schmieden, Kompromisse finden etc. ... Letztlich bietet diese Tätigkeit einen großen Erfahrungs- und Kompetenzerwerb – fachlich und weit darüber hinaus.

4. Auf den Zuschauerrängen zu sitzen, kann bisweilen ganz interessant sein – zumindest, solange das Spiel auf dem Platz engagiert und voller Einsatz und Energie ist – und solange die eigene Mannschaft gewinnt. Noch mehr Spaß macht es jedoch, selbst mit auf dem Platz zu stehen und das Spiel aktiv mitzugestalten.

Am Seitenrand stehen und nette Kommentare abgeben – das kann jeder. Doch die 80 Millionen Bundestrainer helfen nicht, das Spiel zu gewinnen.

Interviews: Nicole Finkenauer

Mehr ehrenamtlich Engagierte ...

Schon in Ausgabe 12/2024 der diabetes zeitung haben Mitglieder der DDG Fragen zu ihrem ehrenamtlichen Engagement beantwortet. Sie finden die Interviews dort auf Seite 17. Ausgabe 12 ist nicht mehr zur Hand? Alle Ausgaben der diabetes zeitung werden auf ddg.info abgelegt.

SIE BRAUCHEN SICH KEINE ZWEITE MEINUNG ZU HOLEN. ICH BIN SELBST HIN- UND HERGERISSEN

