



**Kongress-Pressekonferenz des Diabetes Kongresses 2025,
59. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

„Individuell. Interdisziplinär. Innovativ.“

Termin: Freitag, 30. Mai 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Saal M6, Level 3, CityCube Berlin sowie online unter

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_b879Qa6-RUuPRBmpQtIIJA

Anschrift: Haupteingang Messedamm, Messedamm 26, 14055 Berlin

Ihre Themen und Referierenden:

**Kongresshighlights – Kongressmotto, neue Kongressformate, Themenschwerpunkte
Diabetes Typ 2 als heterogene Erkrankung: Aktuelles zu Subtypen und Hochrisikogruppen**

Professor Dr. med. Martin Heni

Kongresspräsident Diabetes Kongress 2025, Leiter der Sektion Endokrinologie und Diabetologie,
Innere Medizin I, Universitätsklinikum Ulm

**„Männer sind anders. Frauen auch“ in der Diabetologie: wie sich Geschlechtsunterschiede auf
Behandlung und Verlauf der Stoffwechselerkrankung auswirken**

Professor Dr. Julia Szendrödi

Präsidentin der DDG, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie,
Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

**Neue Erkenntnisse zur autonomen Neuropathie und deren Einfluss auf Lebensqualität und
Prognose bei Menschen mit Diabetes**

Dr. med. Gidon J. Bönhof

Leiter der Nachwuchsforschergruppe Neuropathie, Institut für Klinische Diabetologie,
Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf (DDZ)

Wer betreut Menschen mit Diabetes künftig ambulant?

Diabetologische Praxen stehen vor strukturellen Veränderungen und Herausforderungen

Dr. med. Tobias Wiesner

Vorstandsmitglied der DDG und des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND),
Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig

Moderation: Julia Hommrich, Pressestelle DDG

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2025

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

59. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 28. bis 31. Mai 2025

Typ-2-Diabetes als komplexe Erkrankung immer besser verstehen

Heterogene Subtypen eröffnen neue Perspektiven für individualisierte Therapie und Prävention

Berlin, 30. Mai 2025 – Aktuell leben mindestens 9,1 Millionen Menschen hierzulande mit Diabetes mellitus, 95 Prozent davon mit Typ 2. Bis vor wenigen Jahren galt Typ-2-Diabetes als einheitliches Krankheitsbild. Wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten Jahre zeigen jedoch, dass es mehrere klinisch relevante Subtypen mit unterschiedlichem Risiko für Komplikationen gibt. Diese Einteilung hat konkrete Auswirkungen auf die Prävention und Therapie der Volkserkrankung. Je nach Subtyp benötigen Menschen mit Diabetes wahrscheinlich eine frühzeitige intensive Behandlung mit engmaschigen Kontrollterminen. Bei anderen könnte eine zurückhaltendere Strategie angemessener sein. Welche Konsequenzen diese Einteilung für Forschung, Behandlung und Versorgung hat, diskutieren Expertinnen und Experten auf dem hybrid stattfindenden Diabetes Kongress 2025. Kongresspräsident Professor Dr. med. Martin Heni stellt auf der heutigen Pressekonferenz neueste Erkenntnisse zum Thema vor.

„Menschen mit Typ-2-Diabetes unterscheiden sich erheblich in ihrer Stoffwechsellage, Krankheitsdynamik und Komplikationsgefährdung“, erklärt Professor Dr. med. Martin Heni, Kongresspräsident des Diabetes Kongresses 2025 und Leiter der Sektion für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Ulm. „Ein Teil der Patientinnen und Patienten benötigt frühzeitig eine intensive Behandlung und engmaschige Therapiebegleitung, um Folgeerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden. Andere profitieren möglicherweise eher von einer zurückhaltenden Strategie. Wir müssen die Therapie stärker am individuellen Krankheitsverlauf ausrichten, um so Schäden zu verhindern, bevor sie entstehen.“

5 Subtypen mit unterschiedlichen Krankheitsverläufen

Wissenschaftliche Arbeiten der letzten Jahre identifizieren 5 Subtypen des Diabetes, die sich anhand klinischer, immunologischer und metabolischer Merkmale voneinander unterscheiden.

- Beim Severe Autoimmune Diabetes (SAID) handelt es sich um eine autoimmun vermittelte Form des Diabetes mit starkem Insulinmangel, die klinisch dem klassischen Typ-1-Diabetes entspricht.
- Der Severe Insulin-Deficient Diabetes (SIDD) ist durch einen ausgeprägten Insulinmangel gekennzeichnet, allerdings ohne immunologische Merkmale. Diese Form geht mit einem hohen Risiko für diabetische Retinopathie einher.
- Menschen mit Severe Insulin-Resistant Diabetes (SIRD) weisen eine deutliche Insulinresistenz auf. Dieser Subtyp ist mit einem erhöhten Risiko für Nierenerkrankungen, Fettleber und Herz-Kreislauf-Komplikationen verbunden.

- Der Mild Obesity-Related Diabetes (MOD) tritt häufig bei Menschen mit Adipositas auf und ist durch eine moderate metabolische Entgleisung charakterisiert. Das Risiko für Folgeerkrankungen ist im Vergleich zu anderen Subtypen geringer.
- Der fünfte Subtyp, Mild Age-Related Diabetes (MARD), betrifft überwiegend ältere Menschen. Hier steht eine nur leicht ausgeprägte Stoffwechselstörung im Vordergrund, mit einem insgesamt niedrigen Komplikationsrisiko.

Diese differenzierte Klassifikation bietet neue Perspektiven für eine gezieltere Diagnostik und individuell angepasste Therapie.

Neue Marker für die klinische Praxis

Ein Instrument zur besseren Unterscheidung dieser Krankheitsformen ist das sogenannte C-Peptid. Es erlaubt Rückschlüsse auf die körpereigene Insulinproduktion, da es im Gegensatz zum Insulin nicht in der Leber abgebaut wird. Besonders hilfreich ist die C-Peptid-Glukose-Ratio, die zunehmend als einfaches diagnostisches Hilfsmittel genutzt wird. Sie unterstützt unter anderem bei der Abgrenzung zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes und hilft, einen absoluten Insulinmangel zu erkennen – mit unmittelbaren Konsequenzen für die Therapiewahl.

Die derzeit verfügbaren Erkenntnisse zu den Subtypen sind vielversprechend für eine individualisierte Behandlung. Für eine Umsetzung in die Leitlinien fehlen jedoch bislang Ergebnisse aus prospektiven randomisierten Studien. „Wir stehen hier noch am Anfang einer differenzierten Versorgung“, sagt Heni. „Umso wichtiger ist es, dass wir Forschung, klinische Praxis und Versorgungsperspektiven eng miteinander verzahnen.“ Das gelte besonders für die schweren Formen des Typ-2-Diabetes, die eine große Herausforderung in der medizinischen Praxis darstellen, betont der Kongresspräsident: „Ein Symposium stellt verschiedene Untertypen und Risikogruppen des Typ-2-Diabetes in den Mittelpunkt, die besonders stark betroffen sind. Dabei diskutieren wir unter anderem die besondere Gefährdung junger Patientinnen und Patienten als Hochrisikogruppe.“

Literatur:

Gallwitz, B., Aberle, J., Birkenfeld, A. L., Fritsche, A., Kellerer, M., Klein, H. H., ... & Wiesner, T. (2024). Therapie des Typ-2-Diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 19(S 02), S186-S202.

Misra, S., Wagner, R., Ozkan, B., Schön, M., Sevilla-Gonzalez, M., Prystupa, K., ... & Udler, M. S. (2023). Precision subclassification of type 2 diabetes: a systematic review. *Communications medicine*, 3(1), 138.

Wagner, R. (2024). Typ-2-Diabetes: Einteilung in Subgruppen vorteilhaft?. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 166(4), 68-71.

Fritsche, A., Heni, M., Peter, A., Gallwitz, B., Kellerer, M., Birkenfeld, A. L., ... & Wagner, R. (2022). Considering insulin secretory capacity as measured by a fasting C-peptide/glucose ratio in selecting glucose-lowering medications. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 130(03), 200-204.

PRESSEMITTEILUNG

59. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 28. bis 31. Mai 2025

Julia Szendrödi ist neue Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft Neue DDG-Spitze aus Klinik und Praxis setzt auf Prävention, Vernetzung und Teilhabe

Berlin, 30. Mai 2025 – Professorin Dr. Julia Szendrödi ist neue Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Die Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie am Universitätsklinikum Heidelberg ist von der Mitgliederversammlung für 2 Jahre in das Amt berufen worden. Unter dem Motto „Prävention stärken. Versorgung vernetzen. Menschen befähigen.“ setzt sich die Wissenschaftlerin und Klinikerin insbesondere für eine gerechtere und effektivere Diabetesversorgung ein – auf Basis einer stärkeren Umsetzung von Leitlinien, einer präziseren Prävention für Hochrisikogruppen und der Stärkung vulnerabler Patientengruppen. Szendrödi folgt damit Professor Dr. med. Andreas Fritsche, der nun das Amt des Past-Präsidenten innehat. Zum Vizepräsidenten hat die Mitgliederversammlung Dr. med. Tobias Wiesner, niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig gewählt.

„Ein für mich zentrales Anliegen ist die konsequentere Umsetzung bestehender Leitlinien zur Prävention und Behandlung des Diabetes“, betont Szendrödi. „In der Versorgungspraxis werden sie leider noch nicht ausreichend berücksichtigt, sind aber essenziell für eine erfolgreiche Patientenversorgung.“ Die gebürtige Österreicherin möchte sich in ihrer DDG-Präsidentschaft daher für eine bessere Umsetzung und Einhaltung von evidenzbasierten Leitlinien einsetzen, beispielsweise über deren konsequente Einbindung in Disease-Management-Programme (DMP). Auch die von der DDG entwickelte elektronische Diabetesakte (eDA) ist aus Sicht der Expertin langfristig ein absoluter Mehrwert für eine zukunftssichere Versorgung von Menschen mit Diabetes – insbesondere in Kombination mit der elektronischen Patientenakte (ePA). „Die Digitalisierung von Patientendaten bietet Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes einen besonders hohen Mehrwert durch Transparenz, Koordination und bessere Notfallversorgung. Sie ist elementarer Bestandteil einer gelungenen transsektoralen Versorgung.“

Darüber hinaus ist der DDG-Präsidentin die Prävention von Diabetes und dessen Folgeerkrankungen wichtig. Sie ist sicher: Nur über verhältnispräventive Maßnahmen lässt sich Diabetesprävention nachhaltig umsetzen. Hierfür müssen gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in Kitas, Schulen, Kliniken und Pflegeeinrichtungen entstehen. „Wir brauchen verbindliche Standards für die Verpflegung in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Ernährungskonzepte in Krankenhäusern und flächendeckende Malnutritionsscreenings“, so Szendrödi. Ihre Vision: eine nationale Strategie für gesundes Aufwachsen und Altern – bestenfalls ohne Diabetes. „Wir müssen interprofessionelle Versorgungskonzepte schaffen, die Ernährung, Bewegung und Supplementierung klug kombinieren“, so Szendrödi.

Auch wissenschaftlich setzt die Diabetologin klare Impulse. Besonders vulnerable Gruppen wie Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes, Menschen mit Adipositas oder familiärer Vorbelastung sollen früher erkannt, gezielter versorgt und notfalls lebenslang nachversorgt werden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Präsidentschaft Szendrödis wird auf dem Empowerment von Menschen mit Diabetes und mehr Gesundheitsgerechtigkeit liegen. Besonders vulnerable Gruppen, etwa Kinder und Jugendliche, multimorbide Patientinnen und Patienten oder Frauen in Lebensphasen wie Schwangerschaft oder Menopause, benötigen gezielte, interdisziplinäre Versorgungsmodelle. „Wir brauchen tragfähige, refinanzierte Strukturen für eine sektorübergreifende Versorgung, auch in sozial benachteiligten Regionen.“

Dr. med. Tobias Wiesner, niedergelassener Diabetologe aus Leipzig, ist neuer Vizepräsident der DDG. Mit seiner langjährigen Erfahrung in der ambulanten Versorgung bringt er eine wichtige Perspektive in den Vorstand ein: „Gerade die Herausforderungen im niedergelassenen Bereich – von der strukturellen Unterversorgung über die qualitativ hochwertige Versorgung und deren adäquate Vergütung bis hin zur Patientenschulung – müssen stärker berücksichtigt werden, wenn wir die Versorgung ganzheitlich verbessern wollen“, so Wiesner. Gemeinsam wird die neue Doppelspitze aus Klinik und Praxis ein deutliches Zeichen für eine vernetzte, sektorenübergreifende Diabetologie setzen. Mit diesem ganzheitlichen Blick auf die Versorgungsstrukturen ist die DDG auch optimal aufgestellt für die anstehenden Gesundheitsreformen.

Außerdem wurde in der heutigen DDG Mitgliederversammlung Professor Dr. med. Robert Wagner zum Kongresspräsidenten des Diabetes Kongresses 2027 gewählt.

Personalie:

Professorin Dr. Julia Szendrödi ist Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie sowie Labormedizin und Inhaberin einer W3-Professur an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Seit 2021 leitet sie als Ärztliche Direktorin die Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie sowie das Zentrallabor am Universitätsklinikum Heidelberg. Zuvor war sie langjährig am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) und Universitätsklinikum Düsseldorf tätig, unter anderem als Leiterin des Klinischen Studienzentrums und als stellvertretende Klinikdirektorin. Wissenschaftlich befasst sie sich mit Prävention, Adipositas, personalisierter Medizin und Insulinresistenz. Szendrödi ist seit 2009 Mitglied in der DDG.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der DDG:

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/die-ddg/vorstand-und-geschaeftsfuehrung>

STATEMENT

Kongresshighlights – Kongressmotto, neue Kongressformate, Themenschwerpunkte Diabetes Typ 2 als heterogene Erkrankung: Aktuelles zu Subtypen und Hochrisikogruppen

Professor Dr. med. Martin Heni, Kongresspräsident Diabetes Kongress 2025, Leiter der Sektion Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin I, Universitätsklinikum Ulm

Wir verstehen zunehmend, dass nicht alle Menschen mit Typ-2-Diabetes gleich sind. Einige Patientinnen und Patienten benötigen eine engmaschige Überwachung und frühzeitige intensive Therapie, um Komplikationen wirksam zu verhindern oder zumindest frühzeitig zu erkennen. Andere profitieren hingegen möglicherweise von einer zurückhaltenderen therapeutischen Strategie. Diese Überlegungen und die wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnisse können künftig dazu beitragen, Über- und Unterdiagnostik sowie -therapie zu vermeiden und die verfügbaren Ressourcen zielgerichteter einzusetzen.

- **Typ-2-Diabetes** ist eine komplexe, heterogene Stoffwechselerkrankung, charakterisiert durch chronische Hyperglykämie und vielfältige pathophysiologische Mechanismen.
- **Aktuelle Studien** differenzieren den T2D in fünf klinisch relevante Subtypen, basierend auf metabolischen, immunologischen und klinischen Merkmalen.
 - **Severe Autoimmune Diabetes (SAID)**: autoimmun vermittelt, entspricht dem Typ-1-Diabetes mit ausgeprägtem Insulinmangel
 - **Severe Insulin-Deficient Diabetes (SIDD)**: markanter Insulinmangel ohne nachweisbare Autoimmunphänomene, hohes Risiko für diabetische Retinopathie
 - **Severe Insulin-Resistant Diabetes (SIRD)**: ausgeprägte Insulinresistenz, assoziiert mit einem erhöhten Risiko für Nierenerkrankung, Fettleber und kardiovaskuläre Erkrankungen
 - **Mild Obesity-related Diabetes (MOD)**: Adipositas-assoziiertes Diabetes mit vergleichsweise moderatem Komplikationsrisiko
 - **Mild Age-related Diabetes (MARD)**: altersassoziiertes Diabetes mit geringer ausgeprägter metabolischer Dysregulation
- **Diese Subtypen** bieten Perspektiven für eine zukünftig differenziertere Diagnostik und individualisierte Therapie mit dem Ziel, Nebenwirkungen zu minimieren und die therapeutische Wirksamkeit zu verbessern.
- **Trotz vielversprechender Erkenntnisse** fehlt bislang belastbare Evidenz aus prospektiven, randomisierten Studien für subtypspezifische Therapieempfehlungen in Leitlinien. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf.

- In der Praxis wird zur **Differenzierung von Diabetesformen** zunehmend die Bestimmung des **C-Peptids** genutzt – ein stabiler Marker der körpereigenen Insulinproduktion, da er eine lange Halbwertszeit hat und im Gegensatz zu Insulin nicht dem First-Pass-Effekt der Leber unterliegt.
- Vor allem die **C-Peptid-Glukose-Ratio** etabliert sich als einfaches Instrument zur Einschätzung der körpereigenen Betazellfunktion. Die aktuelle DDG-Praxisempfehlung schlägt ihren Einsatz insbesondere zur Abgrenzung zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes sowie zur Erkennung eines absoluten Insulinmangels vor – mit unmittelbaren Konsequenzen für die Therapieentscheidung (Insulin versus andere Therapie).

Literatur:

Gallwitz, B., Aberle, J., Birkenfeld, A. L., Fritsche, A., Kellerer, M., Klein, H. H., ... & Wiesner, T. (2024). Therapie des Typ-2-Diabetes. Diabetologie und Stoffwechsel, 19(S 02), S186-S202.

Misra, S., Wagner, R., Ozkan, B., Schön, M., Sevilla-Gonzalez, M., Prystupa, K., ... & Udler, M. S. (2023). Precision subclassification of type 2 diabetes: a systematic review. Communications medicine, 3(1), 138.

Wagner, R. (2024). Typ-2-Diabetes: Einteilung in Subgruppen vorteilhaft? MMW-Fortschritte der Medizin, 166(4), 68-71.

Fritsche, A., Heni, M., Peter, A., Gallwitz, B., Kellerer, M., Birkenfeld, A. L., ... & Wagner, R. (2022). Considering insulin secretory capacity as measured by a fasting C-peptide/glucose ratio in selecting glucose-lowering medications. Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes, 130(03), 200-204.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Ulm, Mai 2025

STATEMENT

„Männer sind anders. Frauen auch“ in der Diabetologie: wie sich Geschlechtsunterschiede auf Behandlung und Verlauf der Stoffwechselerkrankung auswirken

Professor Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der DDG, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Geschlechtsunterschiede in der Diabetologie ernst nehmen

Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede ist in der modernen Diabetologie kein „Nice-to-have“, sondern eine Grundvoraussetzung für wirksame Prävention, Diagnostik und Therapie. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur in ihrer Hormonlage, sondern auch in ihrer Selbstfürsorge, in der Wahrnehmung von Symptomen, in der Stoffwechselregulation und in ihrem Ansprechen auf Medikamente.

Gerade bei Frauen mit Diabetes zeigen sich deutliche Unterschiede im Krankheitsverlauf. Nach der Menopause steigt ihr Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall signifikant – um 40 beziehungsweise 25 Prozent im Vergleich zu Männern. Ursache sind nicht nur klassische Risikofaktoren wie Blutzucker- und Fettstoffwechselstörungen, sondern auch hormonelle Veränderungen, eine oft unzureichende Selbstfürsorge und strukturelle Unterversorgung. Frauen nehmen sich häufig selbst zuletzt wahr – das muss sich ändern.

Zudem sind Frauen oft mehrfach belastet: Sie tragen nach wie vor den Großteil der Sorgearbeit – ob in der Kindererziehung oder in der Pflege von Angehörigen. Gleichzeitig sind sie häufiger von sozioökonomischer Benachteiligung betroffen, verdienen weniger, haben seltener Zugang zu höherer Bildung und verfügen über geringere Gesundheitsressourcen. Diese strukturellen Ungleichheiten erschweren den Zugang zu Präventions- und Versorgungsangeboten – mit unmittelbaren Folgen für die Krankheitsbewältigung und Prognose.

Auch der weibliche Zyklus beeinflusst den Zuckerstoffwechsel: Zwei Drittel aller Frauen mit Diabetes erleben in der zweiten Zyklushälfte eine reduzierte Insulinempfindlichkeit. Dennoch werden prämenopausale Frauen in Studien oft ausgeschlossen – ein strukturelles Problem in der klinischen Forschung. Die Menopause wiederum bringt häufig eine Gewichtszunahme im Bauchbereich, verstärkte Insulinresistenz und neue Herausforderungen in der Einstellung des Blutzuckers mit sich. Hier braucht es maßgeschneiderte Therapieansätze.

Männer mit Diabetes sind hingegen häufiger von schlechter Therapieadhärenz betroffen, insbesondere bei Krebserkrankungen – ein weiteres Beispiel dafür, dass erfolgreiche Versorgung Geschlechtersensibilität braucht. Trotz dieser Erkenntnisse fehlen geschlechtsspezifische Daten häufig in Studien, und pharmakokinetische Unterschiede werden nicht ausreichend berücksichtigt. Die Folge: eine Medizin, die Männern und Frauen nicht gerecht wird.

Daher fordert die Deutsche Diabetes Gesellschaft:

- **konsequent gendersensible Forschung**, insbesondere zur Wirkung antidiabetischer Medikamente in verschiedenen Lebensphasen,
- **die Integration patientenberichteter Outcomes (PROMs)**, um Unterschiede in Alltag und Therapieerleben sichtbar zu machen,
- **gezielte Förderung von Clinician Scientists**, die moderne Technologien und Geschlechtersensibilität verbinden,
- und eine **verpflichtende Berücksichtigung von Geschlecht, psychosozialer Situation und Lebensrealität** in der klinischen Praxis und Leitlinienentwicklung.

Diabetologie der Zukunft heißt: individualisiert, gerecht, geschlechtersensibel – damit alle Patientinnen und Patienten die Versorgung bekommen, die sie brauchen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Heidelberg, Mai 2025

STATEMENT

Neue Erkenntnisse zur autonomen Neuropathie und deren Einfluss auf Lebensqualität und Prognose bei Menschen mit Diabetes

Dr. med. Gidon J. Bönhof, Leiter der Nachwuchsforschergruppe Neuropathie, Institut für Klinische Diabetologie, Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf (DDZ)

Hintergrund

Das autonome Nervensystem ist für das Funktionieren vieler Organe und Systeme im menschlichen Körper verantwortlich, wie zum Beispiel für die Steuerung von Herzfrequenz und Blutdruck, die Verdauung und Kontinenz, die sexuelle Funktion sowie auch die Schweißsekretion. Prinzipiell können diabetesbedingte Nervenschäden also zu vielfältigen autonomen Organ-Dysfunktionen führen. Obwohl ein regelmäßiges pragmatisches Screening für die autonome Neuropathie in aktuellen Leitlinien empfohlen wird, findet die autonome Neuropathie in der klinischen Praxis sowie im Bewusstsein von Menschen mit Diabetes noch nicht die Beachtung, die sie aufgrund des damit einhergehenden Risikos verdient.

Mehr als dreifach erhöhtes Risiko für Mortalität, kardiovaskuläre Ereignisse und Fußulzera

- In einer kürzlich erschienenen Metaanalyse mit circa 15.000 Teilnehmenden aus über 15 Studien wurde gezeigt, dass das Risiko für das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse bei Menschen mit Diabetes und kardiovaskulärer autonomer diabetischer Neuropathie (KADN) mehr als dreifach erhöht ist. Ebenso ist das relative Sterblichkeitsrisiko bei diesen Menschen mehr als dreifach erhöht, bei fortgeschrittenen Stadien sogar fast vierfach. (Chowdhury et al. BMJ Open Diabetes Res Care 2021)
- Die Entstehung des diabetischen Fußsyndroms mit chronischen Fußwunden und nach wie vor zu vielen Amputationen ist hauptsächlich durch fortgeschrittene Nervenschäden bedingt. Häufig wird die neuropathische Genese jedoch reduziert auf den durch periphere Nervenschäden bedingten Gefühlsverlust, nicht aber die autonome Komponente der ausbleibenden Schweißsekretion berücksichtigt. Diese führt dazu, dass die Haut trocken und rissig wird und dies ebenfalls diabetischen Fußwunden Vorschub leistet. Gerade hat ein internationales Forscherteam bei über 1.000 Teilnehmenden mit Diabetes gezeigt, dass bei jenen mit autonomen Nervenschäden die Inzidenzrate für Fußulzera dreifach erhöht ist, sogar unabhängig von der Beteiligung peripherer Nervenschäden. (Pallin et al. Diabetes Care 2025)

Einfache Tests für den klinischen Alltag und zur Selbstkontrolle von Menschen mit Diabetes

- Durch einfache Tests der Schweißsekretion an den Füßen könnte dieser Sudomotor-Neuropathie mehr Beachtung geschenkt werden. Zum Beispiel kann mit einem simplen Pflastertest, der auf Flüssigkeit bei intakter Schweißsekretion reagiert, das Risiko für Fußulzera hervorgesagt werden, wie in neueren Studien gezeigt wurde. (Panagoulas et al. Front Endocrinol [Lausanne] 2020)
- Aktuelle Leitlinien schlagen ein pragmatisches Screening für Symptome autonomer Nervenschäden bei Menschen mit Diabetes vor, wobei kein standardisiertes Vorgehen oder festes Screening-Intervall festgelegt ist (NVL Typ-2-Diabetes, 2023). Hier besteht aus unserer Sicht Nachholbedarf für praxisnahe Studien, um effiziente, standardisierte und evidenzbasierte Prozesse für den klinischen Alltag zu entwickeln. Dies beinhaltet sowohl einfachere Fragebögen für autonome Symptome, die von Menschen mit Diabetes selbst ausgefüllt werden können, als auch standardisierte Tests mit validen Normbereichen. Hier ist eine neue dänische populationsbasierte Studie besonders hervorzuheben, bei der alters- und geschlechtsspezifische Normwerte für klinische Tests der kardiovaskulären autonomen Funktion erhoben und veröffentlicht wurden, welche aus unserer Sicht in der Praxis Anwendung finden sollten. (Hansen CS et al. Clin Auton Res 2025)

Auswirkungen auf Lebensqualität

- Häufig werden die Symptome der autonomen Neuropathie von Betroffenen auch aus Schamgefühl bei zum Beispiel Störungen der Kontinenz oder Sexualfunktion oder aus geringem Bewusstsein bei zum Beispiel trockener Haut an den Füßen oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit trotz der teils erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität nicht aktiv angesprochen und auch auf der behandelnden Seite eher als spätes Problem gesehen. Doch sogar bei Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes wurde jüngst beobachtet, dass die Lebensqualität dieser mit der autonomen Nervenfunktion assoziiert ist und eine Einschränkung auch mit einer geringeren sozialen Teilhabe einhergeht. (Rasmussen VF et al. J Diabetes Res 2025)
- Insgesamt sehen wir den Einfluss von Bewegung auf die autonome Nervenfunktion als weiteres Argument für sportliche Betätigung. Trotz überschaubarer Datenlage legen aktuelle Metaanalysen nahe, dass positive Effekte von Sportprogrammen auf kardiovaskuläre autonome Funktionsparameter möglich sind. (Raje S. et al. Systematic Reviews 2025)

Literatur:

Chowdhury M et al. Cardiac autonomic neuropathy and risk of cardiovascular disease and mortality in type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2021;9(2):e002480

Hansen CS et al. Normative data on measures of cardio vascular autonomic neuropathy and the effect of pretest conditions in a large Danish non-diabetic CVD-free population from the Lolland-Falster Health Study. *Clin Auton Res* 2025;35(1):101-113

Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0., Mai 2023

Pallin JA et al. Cardiovascular Autonomic Neuropathy Independently Predicts Incident Foot Ulcers in People with Diabetes: A Prospective Cohort Study. *Diabetes Care* 2025;48(3):e20-e21

Panagoulas GS et al. Dryness of Foot Skin Assessed by the Visual Indicator Test and Risk of Diabetic Foot Ulceration: A Prospective Observational Study. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2020;11:625

Rasmussen VF et al. Impact of Neuropathy on Well-Being and Health-Related Quality of Life in Adolescents with Type 1 Diabetes. *J Diabetes Res* 2025;2025:6620727

Raje S. et al. Effect of exercise training on cardiac autonomic function in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews* 2025;14(1):34

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Düsseldorf, Mai 2025

STATEMENT

Wer betreut Menschen mit Diabetes künftig ambulant?

Diabetologische Praxen stehen vor strukturellen Veränderungen und Herausforderungen

Dr. med. Tobias Wiesner, Vorstandsmitglied der DDG und des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig

Diabetesversorgung in der Praxis: wie Schwerpunktpraxen die kontinuierliche Betreuung sichern und welche Auswirkungen die Änderungen des GVSg haben können

Der Diabetes mellitus ist nur scheinbar eine klar definierte Erkrankung der Glukoseerhöhung. Es gibt neben den Typen des Diabetes (Typ 1, Typ 2, andere Diabetesformen und Gestationsdiabetes) innerhalb der Gruppen auch weitere Subgruppen. Somit kann der Diabetes als chronische multisystemische Querschnittserkrankung angesehen werden. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt betreut circa 100 Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes, die meisten an Typ-1-Diabetes Erkrankten werden von Diabetologinnen und Diabetologen in Schwerpunktpraxen (SSP) oder Krankenhausambulanzen betreut. 10 bis 20 Prozent der 8,7 Millionen Menschen mit Diabetes bedürfen permanenter oder vorübergehender Versorgung in einer SSP oder Krankenhausambulanz.

Die diabetologischen Praxen sind in den letzten Jahrzehnten unter anderem aus der hausärztlichen Versorgungsebene als diabetologische Schwerpunktpraxen entstanden. Sie versorgen Patientinnen und Patienten mit allen Formen des Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2, Gestationsdiabetes) und versorgen insbesondere auch die Komorbiditäten (diabetisches Fußsyndrom, Wundtherapien), zudem bieten sie sowohl Diabetesschulungen als essenzielle Säule der chronischen Erkrankung Diabetes mellitus als auch die modernen Diabetestechnologien (Glukosesensoren, Diabetes-Apps = DiGAs, Pumpensysteme, gekoppelte Systeme, Sensorpumpen) an.

Diese einzigartige Expertise wird durch die geschaffenen strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen erreicht und ist die Arbeit im Team aus den Diabetologinnen und Diabetologen und dem Fachpersonal der Diabetesedukationsberufe, also Diabetes- und Wundassistentinnen und -assistenten sowie Diabetesberaterinnen und -beratern.

Der Fortbestand der diabetologischen Schwerpunktpraxis im Status quo der hochspezialisierten Betreuung der Menschen mit Diabetes ist an den wirtschaftlichen Status quo der Vergütung gekoppelt.

Die aktuellen offenen Fragen in der Umsetzung des GVSG bieten derzeit noch keine Vorhersage des Fortbestandes dieser Teamarbeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich.

Eine weitere offene Frage liegt in noch nicht absehbaren Folgen der Umsetzung des Krankenhausreformgesetzes – ob die diabetologische Versorgung in den Krankenhäusern breit angeboten wird, muss sich zeigen.

Liegt die Lösung in der Ambulantisierung?

Der gesundheitsökonomische Ansatz der Zukunft der Gesundheitsversorgung ist die Ambulantisierung der Versorgung. Dies findet sich in den politischen Entwürfen, so auch im aktuellen Koalitionsvertrag mit dem Konzept des Primärarztsystems.

Vom Grundsatz her kann ein Primärarztsystem die speziellen Anforderungen der Diabetologie gut erfüllen. Notwendig ist allerdings, dass Schnittstellen klar definiert sind und dass für Menschen mit Typ-1-Diabetes und weiteren speziellen Diabetesformen (wie zum Beispiel MODY, Gestationsdiabetes, Diabetes bei Pankreaserkrankungen, weitere genetische Formen) die fallführende Steuerung durch die Diabetes-Schwerpunktpraxis erfolgt.

Dieses Prinzip wird gegenwärtig im Rahmen der DMP- und Diabetes-Verträge bereits gelebt, es könnte und sollte jedoch einfacher gestaltet werden. Menschen mit Diabetes sind eine sehr heterogene Patientengruppe, die nur die gemeinsame Eigenschaft erhöhter Blutzuckerwerte eint, die jedoch auf ganz unterschiedlichen Krankheitsursachen beruhen.

Die Behandlungen des Typ-1-Diabetes und der oben genannten speziellen Diabetesformen erfordern umfangreiche diabetologische Spezialkenntnisse und eine besondere personelle und technisch-materielle Ausstattung, wie sie in den anerkannten Diabetes-Schwerpunktpraxen vorgehalten wird. Diese Patientinnen und Patienten sind in der Regel auf eine Insulintherapie angewiesen, die bereits heute zu 80 Prozent als Insulinpumpentherapie erfolgt. In diese Gruppe fallen auch Menschen mit genetisch bedingten Diabetesformen und solche nach Pankreasentfernung. Für die Versorgung dieser Personen ist in einem Primärarztsystem die Fallsteuerung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis zwingend erforderlich.

Eine weitere besonders vulnerable Patientengruppe, deren Fallführung nicht in der hausärztlichen Versorgung erfolgen kann, sind Schwangere. Jährlich erkranken circa 60.000 Frauen (8,2 Prozent der

Schwangeren) an Gestationsdiabetes und haben dadurch ein mehr als siebenfach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken. Im Falle eines Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) ist eine engmaschige „primärärztliche“ Betreuung über maximal vier aufeinanderfolgende Quartale durch zwei Fachgebiete (Gynäkologie/Diabetologie) erforderlich, da auch das Risiko für Stoffwechselerkrankungen und gravierende Geburtskomplikationen für das Neugeborene durch die Stoffwechsellage der Mutter stark ansteigt.

Menschen mit Typ-2-Diabetes können primär von Hausärztinnen und -ärzten betreut werden. Wünschenswert wäre eine fachärztliche diabetologische Vorstellung bei Diagnosestellung zum Zweck der Sicherung der Diagnose, Klassifikation, Risikostratifizierung, Schulung und Therapieeinleitung. Bei Änderung der Risikokonstellation (zum Beispiel Begleit- und Folgeerkrankungen, Komplikationen und Multimorbidität) oder bei Therapieanpassung ist eine fallführende Betreuung in der Diabetes-Schwerpunktpraxis notwendig.

Eine ausschließliche Ambulantisierung der Diabetestherapie ist aus mehreren Gründen nicht zielführend. Zum einen gibt es Krankheitskonstellationen (zum Beispiel Ketoazidosen, diabetisches Fußsyndrom), die nicht oder nur schwer ambulant diagnostiziert und therapiert werden können, und zum anderen Notfälle, die eine 24/7-Vorhaltung erforderlich machen.

Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist die Weiterbildung. Stationäre und ambulante Strukturen funktionieren nur, wenn das Nachrücken von Nachwuchsfachkräften sichergestellt ist. Dies ist durch die im KHVVG vorgesehenen Änderungen bedroht. Die ambulante Weiterbildung im Bereich der Diabetologie wird bisher überhaupt nicht finanziert. Ein weiteres, noch nicht abschätzbares Risiko liegt in einer drohenden Unterfinanzierung, wenn die im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehenen Änderungen am Bedarf vorbei und ohne Berücksichtigung der für die Versorgung notwendigen, bereits etablierten Strukturen erfolgt. Bestehende Lösungen für die Sicherstellung der Nachwuchsqualifizierung gilt es zu erhalten. Die DDG hat einen Standard, der an Weiterbildungsstätten zu stellen ist, definiert. Maßgeblich ist erneut die Erfüllung der Kriterien, die Diabeteszentren und Diabetes-Exellenzzentren nachweisen, und die Vorhaltung qualifizierter weiterbildungsberechtigter Personen. Dabei muss eine adäquate Vergütung der Weiterbildung von Diabetologinnen/Diabetologen LÄK/DDG auch im ambulanten Bereich möglich werden.

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand Februar 2025

INHALT

- **Diabetesprävalenz und -inzidenz in Deutschland**
- **Versorgungssituation in Deutschland**
- **Lebenserwartung mit Diabetes**
- **Begleit- und Folgeerkrankungen bei Diabetes**
- **Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes**
- **Informationen über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Diabetesinzidenz und -prävalenz in Deutschland

- **Inzidenz:** In Deutschland erkranken jährlich etwa **450 000** Erwachsene neu an Diabetes.
- **Prävalenz:** Aktuell sind mindestens **9,1 Millionen** Menschen betroffen.
- **Dunkelziffer:** mindestens **2 Millionen**
- **Perspektive:** Bei gleichbleibender Entwicklung ist davon auszugehen, dass hierzulande bis zum Jahr 2040 etwa **12,3 Millionen Menschen** an Diabetes erkrankt sein werden.

Diabetes Typ 1:

- **Erwachsene:** etwa **340 000 Betroffene**
- **Kinder und Jugendliche:** etwa **37 000 Betroffene (bis zum Alter von 20 Jahren)**. Jährlich erkranken etwa 4000 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre neu an Typ-1-Diabetes. Auch diese Zahl steigt im Jahr um drei bis fünf Prozent an.

Diabetes Typ 2:

- Etwa 95 % der Diabetespatient*innen haben einen Typ-2-Diabetes.

Gestationsdiabetes:

- Jährlich erkranken über **60 000 Frauen** an Schwangerschaftsdiabetes, das entspricht 8,2 % aller Schwangeren. Sie haben ein mehr als siebenfach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken.

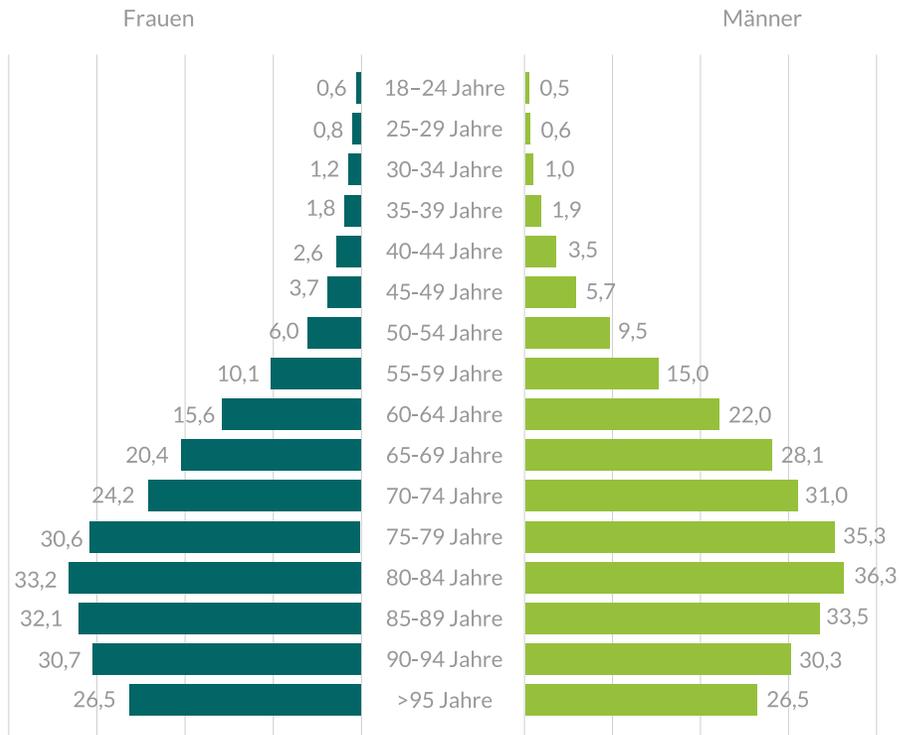
Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024 und 2025

Robert Koch-Institut (RKI)

Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance: Diabetes in Deutschland

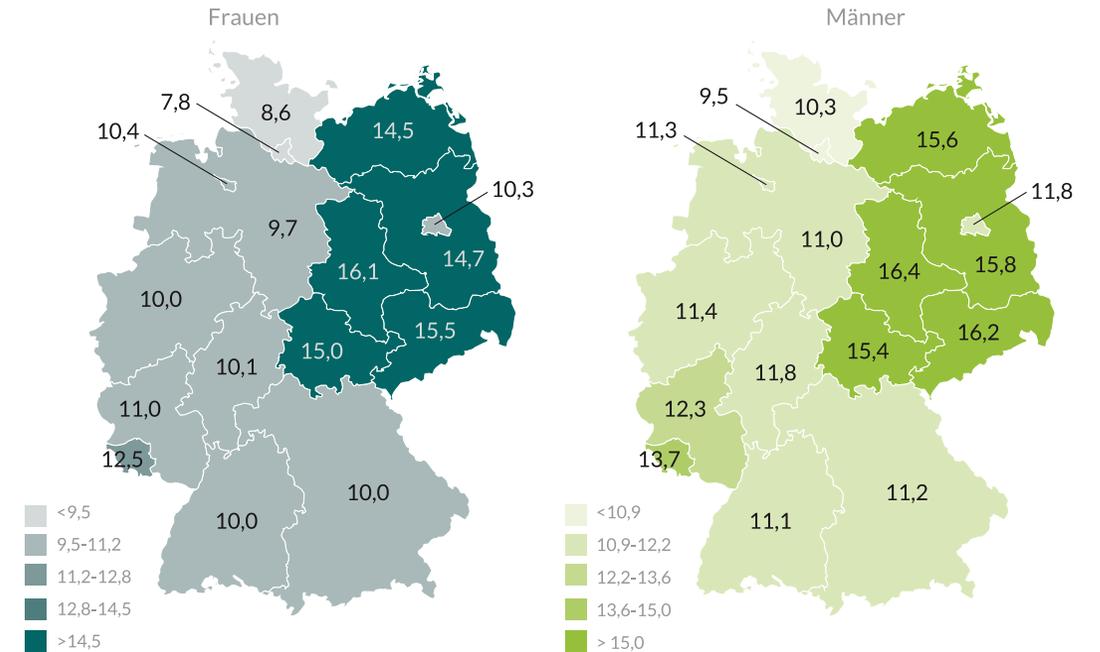
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

Diabetes-Häufigkeit nach Bundesland bei gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen (in Prozent, nach Geschlecht, 2011)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

Versorgungssituation in Deutschland

Ein*e Hausarzt*in betreut rund 100 Menschen mit Diabetes. Davon haben zwei bis fünf einen Typ-1-Diabetes.

Bundesweit gibt es rund 1 100 diabetologische Schwerpunktpraxen.

Bis zur ersten Diagnose leben Betroffene etwa vier bis sieben Jahre lang mit einem unentdeckten Diabetes.

Behandelnde

- 4.315 Diabetolog*innen DDG
- 6.188 Diabetesberater*innen DDG
- 9.175 Diabetesassistent*innen DDG
- 4.090 Fuß- und Wundassistent*innen DDG
- 181 stationäre Einrichtungen mit einer Anerkennung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes
- 65 stationäre Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

An den derzeit 37 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland ist das Fach Diabetologie nur noch mit acht bettenführenden Lehrstühlen repräsentiert.

Jede*r 5. Klinikpatient*in hat einen Diabetes – teils unerkannt!

Zwischen 40 und 50 % der Menschen mit Typ-2-Diabetes erhalten blutzuckersenkende Medikamente, mehr als 1,5 Millionen werden mit Insulin behandelt.

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 /

Müller-Wieland et al., Survey to estimate the prevalence of type 2 diabetes mellitus in hospital patients in Germany by systematic HbA1c measurement upon admission. Int. J Clin Pract. 2018 Dec;72(12): e13273

Auzanneau, Fritsche, Icks, Siegel, Kilian, Karges, Lanzinger, Holl, Diabetes in the Hospital - A Nationwide Analysis of all Hospitalized Cases in Germany With and Without Diabetes, 2015–2017. Dtsch Arztebl Int. 2021 Jun 18; 118(24): 407-412

Lebenserwartung mit Diabetes

Etwa **jeder fünfte Todesfall** in Deutschland (16 %) ist mit einem Typ-2-Diabetes assoziiert – durch Folge- und Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen. (1, 2)

- Menschen mit Diabetes haben ein circa **1,5-fach höheres Sterberisiko** im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes. (3)
- Die **Lebenserwartung** eines 40-jährigen Menschen mit Diabetes Typ 2 ist durchschnittlich um etwa **vier (Frauen) bis sechs Jahre (Männer) kürzer** als bei gleichaltrigen Personen ohne Diabeteserkrankung. (4)
- Umgerechnet bedeutet das: Die deutsche Gesamtbevölkerung verliert aufgrund dieser verkürzten Lebenserwartung rund 19 Millionen Lebensjahre.

Quellen:

- (1) Jacobs, Rathmann, Epidemiologie des Diabetes, Diabetologie und Stoffwechsel 2017, 12(06): 437-446, DOI: 10.1055/s-0043-120034
- (2) Jacobs et al., Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data from 65 Million People in Germany, Diabetes Care, 2017 Dec; 40 (12): 1703-1709
- (3) Schmidt et al., 2021. BMJ Open 11 (1): e041508. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041508
- (4) Tönnies et al., 2021. Popul Health Metrics. <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00266-z>

Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes

Die **schwersten** Begleiterkrankungen sind:

- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Netzhauterkrankung bis hin zur Erblindung
- diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation
- Nierenschwäche bis hin zur Dialyse

Die **häufigsten** Begleiterkrankungen sind:

- Hypertonie
- Fettstoffwechselerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Polyneuropathie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Pankreasstörungen
- Herzerkrankungen
- Adipositas
- Gefäßerkrankungen

Bis zu 25 % der Menschen, die einen Schlaganfall erleiden, sind gleichzeitig von Diabetes betroffen!

Adipositas – ein Risikofaktor von Diabetes Typ 2

Etwa 16 Millionen Menschen in Deutschland – 24 % der Erwachsenen und 6 % der Kinder und Jugendlichen – sind den letzten repräsentativen Messungen zufolge von Adipositas betroffen.

Zwischen 2010 und 2016 ist der Anteil der Erwachsenen mit Adipositas in den OECD-Ländern von 21 auf 24 % gestiegen – das entspricht einem **Zuwachs von 50 Millionen**.

Übergewicht und Adipositas sind laut WHO die Ursachen für 13 % der Todesfälle in Europa die wichtigsten Ursachen für durch Krankheit eingeschränkte Lebensjahre.

2016 verursachte Adipositas direkte Kosten von über **29 Milliarden Euro** für das deutsche Gesundheitssystem.

Deutschland gibt weltweit zusammen mit den Niederlanden und den USA am meisten für die Behandlung der Folgen von Adipositas aus.

Die Behandlung von Adipositas ist für den ambulanten Bereich derzeit grundsätzlich nicht erstattungsfähig.

Das neue Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas kann die Versorgungssituation für Patient*innen verbessern und ist ein wichtiger Baustein für die Realisierung der Nationalen Diabetesstrategie. Für Kinder und Jugendliche gibt es noch kein eigenes DMP.

In Deutschland haben 15,4 % der Kinder und Jugendlichen Übergewicht, 5,9 % leiden an Adipositas.

Prävalenz von Übergewicht:
9,0 % bei 3-bis 6-Jährigen
20,6 % bei 11-bis 13-Jährigen
17,4 % bei 14-bis 17-Jährigen

Quellen:

- 1) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023 und 2024 DDG Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – Punkt II.8 Entwicklung eines DMP Adipositas
- 2) Robert Koch-Institut (RKI). AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 29. Juni 2020)
- 3) Andes, Cheng, Rolka, Gregg, Imperatore. Prevalence of Prediabetes Among Adolescents and Young Adults in the United States, 2005 – 2016. JAMA Pediatr. 2020 Feb 1;174(2):e194498

Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes

Menschen mit Diabetes
verursachen etwa
doppelt so hohe Kosten
wie vergleichbare
Versicherte ohne
Diabetes!

Die jährlichen direkten Diabeteskosten belaufen sich auf etwa **30 Milliarden Euro** (Stand 2010).
Im Jahr **2040** werden es voraussichtlich jährlich **80 Milliarden** sein. ⁽¹⁾

Geschätzte weltweite Kosten für Prävention und Therapie von Diabetes und seiner
Folgeerkrankungen: mindestens 900 Milliarden Euro (für die Altersgruppe 20 bis 79 Jahre). ⁽²⁾

Geschätzte Kosten der jährlichen diabetesbezogenen Behandlung von Kindern und Jugendlichen
in Deutschland: rund 110 Millionen Euro. ⁽³⁾

Quelle:

(1) Dina Voeltz et al., Projecting the economic burden of type 1 and type 2 diabetes mellitus in Germany from 2010 until 2040, Population Health Metrics (2024) 22:17 <https://doi.org/10.1186/s12963-024-00337-x>

(2) IDF – International Diabetes Foundation

(3) Bächle CC, Holl RW, Straßburger K, Molz E, Chernyak N, Beyer P, Schimmel U, Rüttschle H, Seidel J, Lepler R, Holder M, Rosenbauer J, Icks A. Costs of paediatric diabetes care in Germany: current situation and comparison with the year 2000. Diabet Med. 2012; 29:1327-1334

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet. Sie gehört mit rund 9.300 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärzt*innen in Klinik und Praxis, Grundlagenforschende, Psycholog*innen, Apotheker*innen, Diabetesfachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Expert*innen. Ziel aller Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen.

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören:

- Fort- und Weiterbildung von Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, Diabetesassistent*innen, Diabetespflegefachkräften, Wundassistent*innen und Fachpsycholog*innen
- Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- Entwicklung von medizinischen Leitlinien, Praxisempfehlungen und Patientenleitlinien sowie Definition des medizinischen Standards in der Diabetologie
- Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- Information und wissenschaftlicher Austausch über neueste Erkenntnisse, unter anderem auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres
- Unterstützung der Nachwuchssicherung in diabetesbezogenen Berufen

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Gesundheitspolitisches Engagement:

Die DDG steht im regelmäßigen persönlichen Austausch mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages, dem Bundesgesundheitsministerium, den Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Außerdem beteiligt sich die Fachgesellschaft an der gesundheitspolitischen Meinungsbildung durch die Herausgabe von Stellungnahmen und eine aktive Medienarbeit.

Interne Organisation:

In 35 Gremien (Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften) werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärzt*innen die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise den zu Behandelnden zugutekommen lassen.

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle DDG

Michaela Richter/Christina Seddig

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-516/-652, Fax: 0711 8931-167

richter@medizinkommunikation.org

seddig@medizinkommunikation.org

DDG Medienpreise 2025

Exzellente Beiträge zum Thema „Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen“ gesucht

Jetzt bis 31. Juli 2025 Beitrag einreichen!

Krisenherde, geopolitische Konflikte, Klimawandel, politische Unsicherheiten und wirtschaftliche Herausforderungen: Die Welt scheint im Dauer-Krisenmodus zu sein. Gute Nachrichten sind gleichsam selten – und mittendrin circa 9 Millionen Menschen in Deutschland, die mit einem Diabetes mellitus leben und auf eine kompetente sowie menschliche Versorgung angewiesen sind.

Die aktuelle politische und wirtschaftliche Entwicklung treibt auch sie und die Diabetes-Behandlungsteams um:

- **Erhalte ich auch morgen noch meine Medikamente?**
- **Welche Chancen kann der Regierungswechsel für die Menschen mit Diabetes und das Gesundheitssystem in Deutschland bringen?**
- **Wie kann die Versorgung der Patient*innen in Zeiten des Fachkräftemangels sichergestellt werden?**
- **Wirkt sich der Klimawandel auf Menschen mit Diabetes aus?**

Diese und ähnliche Fragen können im Fokus der Einreichungen für den DDG-Medienpreis 2025 stehen. Journalist*innen sind eingeladen, ihre qualitativ hochwertigen Beiträge bis zum 31. Juli 2025 in den Kategorien Lesen, Hören und Sehen einzureichen. Die Preise sind jeweils mit 2.000 Euro dotiert.

Die Krise als Chance

In einer Welt, die scheinbar von Krisen gezeichnet ist, wird auch das Gesundheitssystem vor Herausforderungen gestellt. Die DDG möchte in diesem Jahr daher gern die Chancen hinter den Herausforderungen sichtbar machen. Die Fachgesellschaft will ganz bewusst die Menschen hinter den Geschichten und hinter der vermeintlichen Krise kennenlernen und erfahren, wie eine menschliche und wegweisende Diabetesversorgung oder Prävention – trotz Krisen – aussehen kann.

Wir suchen: Ideen, Konzepte und Versorgungsansätze, die den Menschen in den Fokus rücken und die Krise überwinden. Viele Kliniken, Praxen und Selbsthilfegruppen leisten täglich sehr gute und wertvolle Arbeit für Menschen mit Diabetes – dabei spielen politische Entscheidungen zunächst kaum eine Rolle. Die DDG möchte diesen Einrichtungen, ihren Ideen und Konzepten mit ihrer diesjährigen Medienpreisausschreibung eine Bühne bieten.

Ob eine DDG zertifizierte Einrichtung, die Menschen mit Diabetes leitlinienkonform und evidenzbasiert – und mit Herzblut – betreut und dabei auch kreative Wege einschlägt, um den wachsenden Aufgaben gerecht zu werden - oder innovative digitale Lösungen und Anwendungen für Menschen mit Diabetes, die (Patienten)-Sicherheit und mehr Lebensqualität bieten - die diesjährige Ausschreibung öffnet Wege aus der Krise. Auch Berichte über engagierte Organisationen, die Menschen mit Diabetes in Krisen- und Kriegsregionen nicht aus dem Blick verlieren oder Beiträge über starke Stimmen, die gesundheitspolitische Entwicklungen für die Diabetologie kompetent begleiten, können im Fokus der Einreichungen stehen.

Wir freuen uns auf Ihre Einreichungen und Ihren wichtigen journalistischen Blick auf die Diabetologie in Zeiten der Krise.

Bewerbungsunterlagen:

Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis **zum 31. Juli 2025** an die Pressestelle der DDG.

Informationen zu den Kategorien:

Hören (Hörfunk und andere Audio-Formate wie Podcasts)

Sehen (Fernsehen und andere visuelle Formate wie Youtube-Videos)

Lesen (Printbeiträge aus Zeitschriften und Zeitungen, Online-Artikel, Blogs)

Bitte beachten Sie:

Autor*innen können sich jeweils nur mit einem Beitrag bewerben. Serienbeiträge können aufgrund des Umfangs leider nicht angenommen werden.

Reichen **Sie Ihren Beitrag bitte per E-Mail** ein:

- **Kurzer Lebenslauf mit Foto** (650 x 370 px und Angabe zum Copyright) als Word- oder PDF-Datei
- **Print-Beitrag als PDF**
- **Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei**, inkl. Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- **TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript** als PDF

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury aus hochkarätigen Journalist*innen aus dem medizinisch-wissenschaftlichen Kontext unter Leitung des DDG Mediensprechers Professor Dr. med. Baptist Gallwitz. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei Bewerbungen in einer Kategorie vorliegen, die als qualitativ gleichwertig beurteilt werden. Wenn die Jury zu der Einschätzung kommt, dass in einer Kategorie preiswürdige Publikationen bis zum Meldeschluss der Ausschreibung nicht vorliegen, wird der Preis in der jeweiligen Kategorie nicht vergeben.

Die **Preisvergabe erfolgt in feierlichem Rahmen am Freitag, den 7. November 2025 auf der Diabetes Herbsttagung in Mannheim.** Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt die Preisträgerin/der Preisträger ihr/sein Einverständnis mit der Wiedergabe des ausgezeichneten Beitrags auf der DDG Homepage sowie gegebenenfalls und gegebenenfalls in anderen Publikationen/Medien der Fachgesellschaft.

Kontakt:

Pressestelle Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Friederike Gehlenborg

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167

gehlenborg@medizinkommunikation.org