Kongress-Pressekonferenz
19. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

„Diabetes und Frauengesundheit – Herausforderungen in allen Lebensphasen“

Termin: Freitag, 7. November 2025, 12.30 bis 13.30 Uhr
Ort: Raum Maurice Ravel im Dorint Hotel, Mannheim oder online unter
https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_4I7mgiHaQKql3H1sdTeMWQ#/registration

Ihre Themen und Referierenden:

Highlights der Diabetes Herbsttagung 2025
Professor Dr. med. Karsten Müssig
Tagungspräsident und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie am Franziskus-Hospital Harderberg der Niels-Stensen-Kliniken

Menopause und Diabetes: medizinische Herausforderungen in den Wechseljahren
Professorin Dr. Julia Szendrödi
Präsidentin der DDG, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Zwei Blickwinkel, ein Thema: Diabetes und Lipödem zwischen Medizin und Erfahrung
Professorin Dr. med. Claudia Eberle
Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie & Diabetologie (DDG & ÄK), Kardiologie & Notfallmedizin, Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM) sowie Infektiologie, Inhaberin der W2-Professur für „Innere Medizin & Allgemeinmedizin“ an der Universitätsmedizin Marburg – Campus Fulda und Hochschule Fulda – University of Applied Science
und
Kathi Korn
Keynote-Speakerin, Botschafterin für Menschen mit Diabetes und Autorin, Walldorf

Neue Leitlinie: Gestationsdiabetes erfordert fachübergreifende Versorgung und Prävention
Professorin Dr. med. Tanja Groten
Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Schwangerschaft der DDG, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Geburtsmedizin, Uniklinik Köln

Moderation: Stephanie Balz, Pressestelle DDG

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

PRESSEMITTEILUNG

Medienpreise 2025: Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen – DDG prämiert herausragende Beiträge

Mannheim, 7. November 2025 – Wie steht es um die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Zeiten multipler Krisen – gesundheitlich, gesellschaftlich und global? Mit dieser Frage befassten sich in diesem Jahr zahlreiche Journalistinnen und Journalisten, die sich für die Medienpreise 2025 der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) beworben haben. Bei der Eröffnungsveranstaltung zur Diabetes Herbsttagung der DDG in Mannheim wurden die Gewinnerinnen und Gewinner geehrt. Mit insgesamt 50 Einsendungen verzeichnete die Fachgesellschaft auch in diesem Jahr eine sehr große Beteiligung – ein deutliches Signal für das anhaltend große öffentliche Interesse an der Volkskrankheit Diabetes und ihren vielfältigen Facetten. Aufgrund der hohen Qualität der Beiträge zeichnete die Jury in diesem Jahr ausnahmsweise fünf journalistische Arbeiten aus. Jeder Preis ist mit 2.000 Euro dotiert.

„Die diesjährigen Beiträge zeigen eindrucksvoll, wie vielfältig und verantwortungsvoll über Diabetes berichtet wird – von individuellen Lebensgeschichten über Versorgungslücken bis hin zu gesellschaftlichen Herausforderungen in Krisenzeiten“, betont Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der DDG. „Gerade in einer Welt multipler Krisen ist fundierter, gut recherchierter Journalismus entscheidend, um Zusammenhänge zu verstehen, Wissen zu teilen und gesellschaftliche Verantwortung zu stärken. Die ausgezeichneten Beiträge leisten dazu einen wertvollen Beitrag.“

Kategorie „Lesen“

In der Kategorie „Lesen“ vergab die Jury, die aus renommierten Fachjournalistinnen und -journalisten sowie Professor Gallwitz besteht, zwei Auszeichnungen. **Hanna Grabbe und Martin Spiewak** überzeugten mit **ihrem Beitrag *„Dein Sohn wird krank. Nur wann?“*** in **DIE ZEIT**. Der Artikel erzählt eindrucksvoll die Geschichte zweier Familien, die eine mögliche zukünftige Diabetes mellitus-Typ-1 Diagnose bei ihrem Kind erhalten haben – und zeigt auf, wie unterschiedlich sie damit umgehen. Die ethische Frage „Was will ich über die Zukunft meiner Gesundheit wissen?“ steht im Zentrum des Beitrages – und wird mit persönlichen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen sehr eindrucksvoll beleuchtet. Die Jury lobte die erzählerische Tiefe und den sensiblen Umgang mit einem medizinisch anspruchsvollen Thema.

Ebenfalls ausgezeichnet wurde **Marion Jetter** für ihren Beitrag ***„Einen kühlen Kopf bewahren“*** im Magazin **„Gut leben mit Diabetes“**. Der Text befasst sich mit den Auswirkungen extremer Hitze auf Menschen mit Diabetes – und zeigt auf, welche großen Herausforderungen der Klimawandel gerade für Menschen mit Diabetes mit sich bringt. Die Jury würdigte die journalistische Präzision und Anschaulichkeit, mit der der Beitrag Betroffene und ihre Angehörigen informiert und für kommende

Hitzeperioden sensibilisiert. Ein gelungenes Beispiel für qualitativ hochwertigen, ratgeberorientierten Gesundheitsjournalismus, so das Urteil der Jury.

Kategorie „Hören“

In der Kategorie „Hören“ wurde das **SR kultur-Hörfunkfeature „Quellen der Kraft – in Bewegung bleiben“** von **Matthias Alexander Schmidt** und **Sophia Eickholt** aus der ARD-Reihe **„Quellen der Kraft“** ausgezeichnet. Die Reportage zeigt eindrucksvoll auf, wie Bewegung und Motivation den Therapieerfolg bei Menschen mit Diabetes verbessern können – und verbindet persönliche Geschichten mit fundiertem Fachwissen. Die Jury hob die gelungene Dramaturgie und Tonführung hervor.

Kategorie „Sehen“

In der Kategorie „Sehen“ vergab die Jury ebenfalls zwei Preise. **Matthias Eder** erhielt die Auszeichnung für seinen Beitrag ***„Oskar hat Diabetes“*** im **KiKA-Format „ICH bin ICH“**. Der Film begleitet den sechsjährigen Oskar und zeigt detailliert und einfühlsam, wie das Vorschulkind seinen Alltag mit Diabetes meistert. Die Jury lobte die emotionale, kindgerechte Darstellung, die Empathie fördert und Barrieren abbaut.

Ebenfalls geehrt wurde **Christina Zühlke** für ihren **WDR-Westpol-Beitrag *„Kinder mit Diabetes: Der Kampf um einen Schulbegleiter“***. Der Film beleuchtet die strukturellen Herausforderungen, denen Familien begegnen, wenn Kinder mit Diabetes Unterstützung im Schulalltag benötigen. Die Jury würdigte den klaren journalistischen Blick auf ein gesundheitspolitisch relevantes Thema, das weit über individuelle Schicksale hinausgeht.

Mit gutem Journalismus „Brücken schlagen“

„Guter Gesundheitsjournalismus kann Brücken schlagen – zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit, zwischen Betroffenen und Entscheidungsträgern. Die diesjährigen Preisträgerinnen und Preisträger zeigen, wie differenziert und lösungsorientiert über Diabetes berichtet werden kann. Das ist gerade in Krisenzeiten von unschätzbarem Wert“, so Gallwitz abschließend. Auch im kommenden Jahr wird die DDG wieder ihre renommierten Medienpreise ausschreiben – das neue Motto wird im Dezember bekanntgegeben.

Zu den ausgezeichneten Beiträgen:

https://www.ddg.info/pressebereich/ddg-medienpreise-2025

Über die DDG Medienpreise

Mit den **DDG Medienpreisen** würdigt die **Deutsche Diabetes Gesellschaft** seit 2011 jährlich herausragende journalistische Arbeiten in den Kategorien *Lesen, Hören* und *Sehen*. Die Auszeichnung zeichnet journalistische Beiträge aus, die das Verständnis für die Volkskrankheit Diabetes fördern, Betroffene stärken und gesellschaftliche Entwicklungen aufzeigen.

P R E S S E M I T T E I L U N G

19. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 7. bis 8. November 2025

Menopause und Diabetes – eine doppelte Herausforderung für Frauen

Wechseljahre als Wendepunkt für die Stoffwechselgesundheit nutzen

Mannheim, 7. November 2025 – Die Menopause verändert den weiblichen Stoffwechsel – oft unbemerkt und doch tiefgreifend. Sinkende Hormonspiegel führen zu einer Zunahme von Bauchfett, Insulinresistenz und ungünstigen Blutfettwerten. Dadurch steigt deutlich das Risiko für Typ-2-Diabetes, Herz- und Lebererkrankungen. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) betont: Diese Lebensphase ist kein Rückschritt, sondern eine Gelegenheit, die eigene Gesundheit bewusst zu stärken. Frauen können durch vermehrte Bewegung, ausgewogene Ernährung und gezielte Vorsorge aktiv dazu beitragen, ihren Stoffwechsel langfristig zu stabilisieren. Das Thema steht im Mittelpunkt der heutigen Kongress-Pressekonferenz zur Diabetes Herbsttagung 2025.

Bereits in der sogenannten Perimenopause – also in den Jahren vor der letzten Regelblutung – sinkt der Östrogenspiegel. Das führt zu mehr viszeralem Fett – Fettgewebe im Bauchraum – und zu einer geringeren Insulinempfindlichkeit. „Diese Prozesse setzen ein, noch bevor klassische Risikomarker wie Cholesterin oder Blutdruck auffällig werden“, erklärt Professorin Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der DDG und Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg. Besonders Frauen mit einer frühen Menopause – also vor dem 45. Lebensjahr – haben laut internationalen Studien ein rund 30 Prozent höheres Risiko für Typ-2-Diabetes.

Auch Frauen mit einem früheren Schwangerschaftsdiabetes sollten die Wechseljahre als Chance begreifen, ihren Stoffwechsel gezielt zu überprüfen. „Jetzt ist der richtige Zeitpunkt, um Herz-, Leber- und Blutzuckerwerte im Blick zu behalten und neue Präventionsroutinen zu etablieren“, so die DDG-Präsidentin.

Wenn sich Blutzucker und Insulinbedarf verändern

In der Perimenopause schwanken die Hormonspiegel stark; das beeinflusst auch den Blutzucker. Frauen mit Typ-1-Diabetes bemerken oft wechselnde Insulinbedarfe und unvorhersehbare Glukosewerte. Nach der Menopause bleibt der Insulinbedarf meist erhöht, da der Stoffwechsel weniger flexibel reagiert. „Viele Frauen mit Typ-1-Diabetes entwickeln in dieser Phase Merkmale eines Typ-2-Diabetes. Das nennen wir ‚double diabetes‘“, erläutert die Expertin aus Heidelberg.

Auch bei Typ-2-Diabetes kann die Stoffwechsellage in dieser Zeit instabiler werden. Der Verlust des hormonellen Herzschutzes, insbesondere durch das weibliche Geschlechtshormon Östrogen, steigert das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Dennoch, so zeigen Registerdaten, werden Frauen nach der Menopause in Deutschland seltener leitliniengerecht behandelt, insbesondere in Hinblick auf Cholesterin- und Blutdrucktherapien.

Herz und Leber altern gemeinsam

Mit dem Absinken des Östrogenspiegels verändert sich auch die Fettverteilung im Körper – ein Risikofaktor für Fettlebererkrankungen. Nach der Menopause nimmt die Häufigkeit der sogenannten metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD, nichtalkoholische Fettlebererkrankung) spürbar zu. Vor der Menopause sind Frauen nur etwa halb so häufig betroffen wie Männer, danach steigt die Zahl deutlich an. „Besonders bei Frauen mit Insulinresistenz oder Diabetes sehen wir häufiger eine fortschreitende Leberfibrose“, so Szendrödi.

Fachgesellschaften empfehlen daher regelmäßige Screenings: zunächst mit Blutwerten und einfachen Scores, bei Auffälligkeiten ergänzt durch Ultraschall oder Elastografie. „Herz und Leber altern gemeinsam mit dem Stoffwechsel. Die Menopause ist der Moment, an dem Prävention neu ansetzen muss“, betont die Präsidentin der DDG.

Therapie anpassen, Bewegung fördern

Hormonersatztherapien können den Stoffwechsel günstig beeinflussen, sind aber keine allgemeine Lösung. Sie eignen sich vor allem bei ausgeprägten Beschwerden und niedrigem Gefäßrisiko. Entscheidend ist eine individuelle Risikoabwägung. „Wichtiger als Hormonersatzpräparate bleibt Bewegung“, sagt Szendrödi. „Muskeltraining steigert die Insulinempfindlichkeit, senkt Blutzucker und schützt Herz und Gefäße – nachhaltig und ohne Nebenwirkungen.“

Was Frauen jetzt tun können

- ✓ Werte kennen: regelmäßige Kontrolle von Blutzucker, Blutfetten, Blutdruck und Leberwerten
- ✓ Bewegen: 2–3-mal pro Woche gezieltes Muskeltraining, ergänzt durch Ausdaueraktivitäten
- ✓ Ernährung: viel Gemüse, Ballaststoffe und pflanzliche Fette – wenig Zucker und Fertigprodukte
- ✓ Schlafen und Stress meiden: erholsamer Schlaf und Stressabbau unterstützen den Stoffwechsel
- ✓ Medizinische Beratung: bei Bedarf hormonelle Therapie individuell prüfen lassen

Wissen schützt – und stärkt

„Wissen ist der erste Schritt zur Prävention“, fasst Szendrödi zusammen. „Wer versteht, wie sich der Körper verändert, kann gezielt gegensteuern und die Menopause als Chance nutzen. Sie ist ein Wendepunkt – und der Beginn einer neuen Stärkephase.“

Im Rahmen der Kongress-Pressekonferenz stellt die DDG aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu Menopause und Diabetes sowie weitere Aspekte der Frauengesundheit und ihres Zusammenhangs mit Diabetes vor. „Ein besonderer Schwerpunkt der Diabetes Herbsttagung 2025 liegt auch auf besonderen Lebensphasen, wie der Pubertät, Schwangerschaft und Menopause, sowie der Wechselwirkung zwischen Hormonen und Diabetes“, so Professor Dr. med. Karsten Müssig, Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung 2025 und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie am Franziskus-Hospital Harderberg der Niels-Stensen-Kliniken.

Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der
19. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Freitag, 7. November 2025, 12.30 bis 13.30 Uhr

S T A T E M E N T

Highlights der Diabetes Herbsttagung 2025

Professor Dr. med. Karsten Müssig
Tagungspräsident und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie am Franziskus-Hospital Harderberg der Niels-Stensen-Kliniken

Die Diabetes Herbsttagung 2025 ist eine Präsenzveranstaltung. Die Vorträge stehen später in der DDG Mediathek (6 Monate) zur Verfügung (ab 8. November 2025, 15.00 Uhr).

Eröffnungsveranstaltung

Begrüßung & Einstimmung auf die Tagung

Motivationsvortrag von Thomas Plößel (zweifacher Olympiabronzemedaillengewinner im Segeln): Parallelen zwischen Hochleistungssport und erfolgreichem Diabetesmanagement

Verleihung der DDG Medienpreise 2025 für hervorragende journalistische Beiträge zum Thema „Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen“

Thematische Schwerpunkte

Die Tagung legt den Fokus auf praxisnahe Umsetzung neuester Erkenntnisse aus der Diabetesforschung und auf interdisziplinären Austausch.

Diabetes als Querschnittsfach – Diabetes wird in Beziehung zu Endokrinologie, Kardiologie, Neurologie, Gastroenterologie etc. gesetzt.

Hormone & besondere Lebensabschnitte – Themen wie Pubertät, Schwangerschaft, Menopause werden betrachtet.

Stoffwechsel, Darm & Leber – Beziehungen zwischen Diabetes und Stoffwechsel in Leber/Darm werden beleuchtet.

Komplikationen & Organsysteme – von Auge über Nieren, Nerven bis Herz und Gefäße: neue Konzepte zur Behandlung und Prävention

Neurodegenerative Erkrankungen – Diabetes und seine Wechselwirkungen mit neurologischen Erkrankungen

Besondere Lebenslagen / Versorgung in Krisenzeiten – wie man Diabetes auch unter schwierigen Bedingungen (z. B. Klimawandel, politische Unsicherheiten) managt.

Programmhighlights für Diabetologinnen und Diabetologen

AID & CGM: aktuelle Systeme, Anwendung bei Schwangerschaft & im Alltag.

Komplikationsmanagement: neue Ansätze bei Nieren-, Herz-, Nerven- und Augenschäden.

Diabetes & Hormone: Fokus auf Pubertät, Menopause, Schwangerschaft.

Krisenfeste Versorgung: Nachhaltigkeit & Strategien bei Ressourcenknappheit.

Workshops: diabetischer Fuß, Prävention, grüne Praxis.

Programmhighlights für Diabetesberaterinnen und -berater:

CGM & Insulinpumpe – praktische Einführungen für den Beratungsalltag

Psychologische Gesprächsführung – Umgang mit schwierigen Patientensituationen

Gestationsdiabetes – Beratung bei Schwangerschaft

Diabetischer Fuß – Schwerpunkt podologische Entlastung

Diabetesprävention – von der Theorie zur Umsetzung in der Beratung

Nachwuchs & Vernetzung

Reisestipendien, um dem Nachwuchs (Studierenden, Assistenzärztinnen und -ärzten, wissenschaftlichem Nachwuchs) Tagungsteilnahme zu ermöglichen

Begleitprogramme durch die AG Nachwuchs zum Aufbau von Netzwerken

Gesellschaftsabend

Am Abend des ersten Kongresstages findet ein Get-together im Jazzclub „Ella & Louis“ mit Häppchen und Gesprächen statt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2025

Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der
19. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Freitag, 7. November 2025, 12.30 bis 13.30 Uhr

S T A T E M E N T

Menopause und Diabetes: medizinische Herausforderungen in den Wechseljahren

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

Die Menopause verändert den Stoffwechsel – aber mit Wissen, Bewegung und bewusster Selbstfürsorge können Frauen ihre Gesundheit aktiv gestalten. Bereits in der Perimenopause, wenn der Östrogenspiegel sinkt, kommt es zu einer Zunahme von viszeralem Fett, Insulinresistenz und ungünstigen Lipidwerten, unabhängig vom Alter. Internationale Daten zeigen, dass Frauen mit früher Menopause (unter 45 Jahren) ein um etwa 30 Prozent höheres Risiko für Typ-2-Diabetes haben.

Die Menopause ist kein Hormonmangel, sondern ein Wendepunkt im Stoffwechsel: Muskelmasse und Grundumsatz nehmen ab, viszerales Fett und Blutzucker steigen. Diese Veränderungen erhöhen das Risiko für Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – oft, bevor klassische Risikomarker wie LDL oder Blutdruck auffällig werden. Besonders Frauen, die in der Schwangerschaft einen Gestationsdiabetes hatten, sollten diese Phase nutzen, um ihren Stoffwechsel aktiv zu stärken – durch Bewegung, Ernährung und regelmäßige Kontrolle. Ebenso wichtig ist es, das individuelle Herz-Kreislauf-Risiko zu kennen, denn in dieser Lebensphase entscheidet sich oft, ob aus einer erhöhten Gefährdung eine manifeste Erkrankung wird.

Frauen mit Diabetes bemerken in dieser Zeit oft, dass sich ihr Blutzucker anders verhält als zuvor. In der Perimenopause führen schwankende Hormonspiegel häufig zu wechselndem Insulinbedarf und unvorhersehbaren Glukosewerten – besonders bei Typ-1-Diabetes. Nach der Menopause bleibt der Insulinbedarf meist höher, weil der Stoffwechsel weniger flexibel reagiert. Viele Frauen mit Typ-1-Diabetes entwickeln in dieser Phase zusätzlich Merkmale eines Typ-2-Diabetes – ein sogenanntes Double Diabetes mit Insulinresistenz, Gewichtszunahme und erhöhtem kardiovaskulärem Risiko. Bei Typ-2-Diabetes verschlechtern sich Blutzucker- und Lipidwerte häufig weiter, und der Wegfall des hormonellen Herzschutzes verstärkt das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Dennoch werden Frauen nach der Menopause in Deutschland laut Registerdaten seltener leitliniengerecht behandelt, insbesondere hinsichtlich Statin- und Blutdrucktherapie.

Hormontherapien können in dieser Phase den Stoffwechsel günstig beeinflussen, sind aber keine generelle Prävention. Ihr Nutzen zeigt sich vor allem bei ausgeprägten Beschwerden und niedrigem Gefäßrisiko, während bei Gefäßerkrankungen oder Thromboseneigung die Risiken überwiegen. Entscheidend ist daher eine individuelle kardiometabolische Risikoabschätzung – also zu prüfen, wer profitiert und wer nicht.

Unabhängig davon bleibt Muskelaufbau der Schlüssel: Krafttraining steigert die Insulinempfindlichkeit, stabilisiert den Blutzucker und schützt Herz und Gefäße – nachhaltiger als jede Pille. Die Menopause ist deshalb keine Schwächephase, sondern eine Einladung, den eigenen Stoffwechsel aktiv zu stärken.

Das individuelle Herz-Kreislauf-Risiko lässt sich heute gut bestimmen – durch Blutwerte, Blutdruck, Körperfettverteilung und gegebenenfalls Ultraschall oder CT-Kalkscore. Besonders Frauen mit Gestationsdiabetes oder früher Menopause sollten ihr persönliches Risiko regelmäßig überprüfen.

Denn was man kennt, kann man gezielt beeinflussen – und das gilt nicht nur fürs Herz, sondern auch für die Leber.

Nach der Menopause nimmt die Häufigkeit der metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) deutlich zu, vor allem bei Frauen mit Insulinresistenz oder Typ-2-Diabetes. Während vor der Menopause nur etwa halb so viele Frauen wie Männer betroffen sind, steigt die Prävalenz nach der Menopause stark an und erreicht oder übertrifft die der Männer. Studien zeigen, dass postmenopausale Frauen nicht nur häufiger, sondern auch schwerer erkranken – mit schnellerer Fibroseprogression, besonders bei früh einsetzender Menopause oder Diabetes. Der Verlust des Östrogenschutzes verändert die Fettverteilung, fördert Entzündung und Leberfettbildung – und erhöht damit das kardiovaskuläre Risiko. Für Frauen nach der Menopause mit Diabetes oder metabolischen Risikofaktoren empfehlen Fachgesellschaften ein regelmäßiges Screening auf Fettleber: zunächst über einfache Blutwerte und FIB-4, bei Auffälligkeiten mittels Ultraschall oder Elastografie. Die frühe Erkennung von MASLD ist entscheidend, weil sie eng mit kardiovaskulärem Risiko verknüpft ist. Herz und Leber altern gemeinsam mit dem Stoffwechsel – und die Menopause ist der Moment, an dem Prävention neu ansetzen muss.

Auf einen Blick

- **Die Menopause ist kein Hormonmangel, sondern ein Wendepunkt im Stoffwechsel** – und der ideale Zeitpunkt, Herz- und Stoffwechselrisiken neu zu bewerten.
- **Hormontherapien** können den Stoffwechsel günstig beeinflussen, ersetzen aber keine Prävention und erfordern eine individuelle Risikoabwägung.
- **Muskelaufbau bleibt die wirksamste „Therapie“:** Er stabilisiert Blutzucker, schützt Herz und Leber und fördert die Stoffwechselgesundheit.
- **Bis zur Menopause sind Frauen deutlich seltener von Fettleber betroffen als Männer** – doch dieser Vorsprung geht mit dem Hormonrückgang verloren. Postmenopausale Frauen sind häufiger betroffen und entwickeln häufiger eine fortgeschrittene Leberfibrose.
- **Herz und Leber altern gemeinsam mit dem Stoffwechsel** – und die Menopause ist der Moment, an dem Prävention neu ansetzen muss.

Wissen ist der erste Schritt zur Prävention: Wer seine Werte kennt, auf Ernährung, Bewegung und Schlaf achtet und regelmäßig medizinische Kontrollen wahrnimmt, kann aktiv gegensteuern. **Die Menopause ist keine Schwächephase, sondern eine Gelegenheit, den eigenen Stoffwechsel neu zu verstehen und gezielt zu stärken.**

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Mannheim, November 2025

Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der
19. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Freitag, 7. November 2025, 12.30 bis 13.30 Uhr

S T A T E M E N T

Zwei Blickwinkel, ein Thema: Diabetes und Lipödem zwischen Medizin und Erfahrung

Professorin Dr. med. Claudia Eberle
Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie & Diabetologie (DDG & ÄK), Kardiologie & Notfallmedizin, Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM) sowie Infektiologie, Inhaberin der W2-Professur für „Innere Medizin & Allgemeinmedizin“ an der Universitätsmedizin Marburg – Campus Fulda und Hochschule Fulda – University of Applied Science

Das Lipödem stellt eine chronisch-progrediente, nahezu ausschließlich bei Frauen auftretende Fettverteilungsstörung dar, charakterisiert durch eine symmetrische, disproportionale Fettgewebsvermehrung an den Extremitäten bei Aussparung von Händen und Füßen sowie durch Druck- und Spontanschmerzen (1, 2). Epidemiologische Schätzungen zufolge liegt die Prävalenz bei erwachsenen Frauen in Deutschland bei über 10 Prozent (1, 2). Der Anteil männlicher Patienten beträgt weniger als 1 Prozent und ist in der Regel sekundären Ursachen, etwa hormonellen Dysregulationen, zuzuordnen (3). Aus gendermedizinischer Perspektive nimmt das Lipödem eine paradigmatische Stellung ein, da es geschlechtsspezifische Aspekte in Ätiologie, Pathophysiologie, psychosozialer Belastung und Versorgungsrealität vereint. Typischerweise manifestiert sich die Erkrankung in hormonell sensiblen Lebensphasen – insbesondere Pubertät, Schwangerschaft und Menopause – und weist eine enge Assoziation zu östrogenabhängigen Regulationsmechanismen auf.

Pathophysiologisch werden östrogenvermittelte Veränderungen der Adipozytendifferenzierung, Lipogenese, Mikrozirkulationsstörungen und Kapillarfragilität als zentrale Faktoren diskutiert (4). Neben endokrinologischen Mechanismen sind psychosoziale und somatische Komorbiditäten entscheidende Determinanten des Krankheitsverlaufs. Betroffene berichten über signifikante Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, depressiven Symptomen und erhöhten Angstscores (5, 6). Stigmatisierung, gesellschaftliche Schönheitsnormen und diagnostische Verzögerungen verstärken die psychosoziale Belastung und verdeutlichen die Notwendigkeit eines interdisziplinären, integrativen Versorgungskonzepts (5–7).

Aktuelle Entwicklungen und Relevanz

In den letzten Jahren hat das Lipödem erhebliche wissenschaftliche, klinische und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit erfahren. Die S2k-Leitlinie Lipödem der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie (DGP) von 2024 definiert erstmals einheitliche diagnostische Kriterien und evidenzbasierte Empfehlungen zur konservativen und operativen Therapie, insbesondere zur Indikationsstellung und Technik der Liposuktion (8). Internationale Studien bestätigen, dass die Liposuktion derzeit die einzige Methode zur dauerhaften Reduktion lipödemassoziierter Fettdepots darstellt, wobei die Evidenzlage limitiert bleibt, da randomisierte Langzeitstudien fehlen (9). Angesichts der hohen Prävalenz und psychosozialen Belastung besteht ein dringender Bedarf an prospektiven Registern, methodisch hochwertigen Studien und geschlechtersensitiver Versorgungsforschung (6). Diese Entwicklungen unterstreichen die wissenschaftliche und gesellschaftliche Relevanz des Lipödems und die Notwendigkeit einer qualitätsgesicherten, leitlinienorientierten Versorgung.

Aktuelle Herausforderungen in Forschung und Versorgung

Trotz der gestiegenen Aufmerksamkeit bestehen weiterhin substanzielle Evidenzlücken. Bevölkerungsbasierte Prävalenzstudien fehlen bislang, und diagnostische Standards werden in der Praxis nicht flächendeckend umgesetzt. Auch zur Langzeitwirksamkeit konservativer und operativer Verfahren liegen nur begrenzt kontrollierte Daten vor (11). Psychosoziale Faktoren – insbesondere psychische Komorbiditäten, Körperbildstörungen und geschlechtsspezifische Stigmatisierung – sind in bestehenden Versorgungskonzepten bislang unterrepräsentiert, obwohl sie entscheidend zur Krankheitslast beitragen (8, 12). Pathophysiologisch ist das Lipödem noch nicht vollständig verstanden; aktuelle Arbeiten weisen auf komplexe hormonelle, vaskuläre und immunologische Wechselwirkungen hin (13, 14). Ein tieferes Verständnis dieser Mechanismen könnte die Grundlage für zielgerichtete, pathophysiologisch fundierte Therapieansätze schaffen.

Klinische Empfehlungen

Patientinnen sollten frühzeitig spezialisierte Zentren mit interdisziplinärer Expertise aufsuchen, um eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie zu erhalten. Eine geschlechtersensible Behandlung umfasst:

- differenzierte hormonelle Anamnese,
- individualisierte Schmerz-, Bewegungs- und Kompressionstherapie,
- strukturierte psychosoziale Unterstützung und Beratung,
- Aufklärung über konservative (z. B. Kompression, Bewegung, Ernährung) und operative Optionen (v. a. Liposuktion).

Ergänzend sind psychotherapeutische Interventionen und Maßnahmen zur Förderung eines positiven Körperbildes empfohlen, um die somatische und emotionale Belastung evidenzbasiert zu adressieren (8, 12).

Gesundheitspolitische Implikationen

Gesundheitspolitisch besteht die Notwendigkeit, verbindliche Qualitäts- und Indikationskriterien für alle Behandlungsformen zu etablieren. Nationale Register zur systematischen Erfassung klinischer Verläufe und gezielte Förderung geschlechtersensitiver Versorgungsforschung sind essenziell. Darüber hinaus sollte die Integration gendermedizinischer Inhalte in Leitlinien, Curricula und Weiterbildung die Grundlage einer patientenzentrierten, wissenschaftlich fundierten Versorgung bilden. Eine nachhaltige Versorgungsstruktur erfordert ein langfristig finanziertes, interdisziplinäres Konzept, das biologische, psychosoziale und gesellschaftliche Aspekte gleichermaßen berücksichtigt und einen gleichberechtigten Zugang zu evidenzbasierter, empathischer Betreuung sicherstellt (8).

Zusammenfassung

Das Lipödem ist ein überwiegend weibliches, hormonell beeinflusstes Krankheitsbild mit erheblicher körperlicher und psychosozialer Belastung. Es stellt ein paradigmatisches Beispiel für gendermedizinische Wechselwirkungen dar. Fortschritte in Leitlinienentwicklung, operativer Technik und gesundheitspolitischer Anerkennung haben den klinischen Diskurs maßgeblich verändert. Dennoch bestehen weiterhin erhebliche Evidenzdefizite in Epidemiologie, Pathophysiologie und Langzeitergebnissen. Eine koordinierte Forschungsstrategie, die biologische, psychosoziale und

versorgungsbezogene Dimensionen integriert, ist entscheidend, um die Versorgung von Patientinnen mit Lipödem nachhaltig zu verbessern (6, 8, 10).

Literaturverzeichnis

1. Marshall M, Schwahn-Schreiber C. Lipödem – das unbekannte Krankheitsbild. Phlebologie. 2011;40(3):127–134.
2. Kruppa P, Georgiou I, Biermann N, Prantl L, Klein-Weigel P. Lipödem: Klinisches Bild, Diagnostik und Therapie. Dtsch Ärztebl Int. 2020;117(22–23):396–403.
3. Bertlich M, et al. Lipedema in men: a rare manifestation with diagnostic and therapeutic challenges. GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW. 2021;10:Doc11.
4. Szél E, et al. Pathophysiological dilemmas of lipedema. Med Hypotheses. 2014;83(5):599–606.
5. Luta X, et al. Quality of life and mental health in women with lipedema: A cross-sectional study. PLoS One. 2025;20(3):e0319099.
6. Kreidel Y, et al. Psychische Belastung und Lebensqualität bei Lipödem: Ergebnisse einer multizentrischen Studie. Psychother Psychosom Med Psychol. 2025;75(3–4):103–111.
7. LipödemGesellschaft e. V. Basisinformationen für Betroffene und Angehörige. 2025.
8. Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e. V. S2k-Leitlinie Lipödem. 2024.
9. Peprah K, MacDougall D. Liposuction for Lipedema: A Health Technology Review. CADTH Rapid Response Report. 2019.
10. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss zur Liposuktion beim Lipödem: Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog. 2025.
11. Kruppa P, et al. Liposuction in lipedema: long-term follow-up and comparison with conservative treatment. Plast Reconstr Surg. 2022;149(3):529e–541e.
12. Paula de ACP, Oliveira J. Psychosocial aspects and self-image in patients with lipedema. Rev Assoc Med Bras. 2024;70(9):e20240801.
13. Kaftalli J, et al. Lipedema and the immune system: emerging evidence for inflammatory pathways. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023;27(6 Suppl):137–147.
14. Kempa S, et al. Immune and vascular dysregulation in lipedema: molecular insights. Int J Mol Sci. 2023;24(24):17437.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2025

S T A T E M E N T

Zwei Blickwinkel, ein Thema: Diabetes und Lipödem zwischen Medizin und Erfahrung

Kathi Korn
Keynote-Speakerin, Botschafterin für Menschen mit Diabetes und Autorin, Walldorf

Ich lebe seit meiner Pubertät mit der chronischen Erkrankung Lipödem. Allerdings hat es ganze zwölf Jahre gedauert, bis ich die richtige Diagnose erhalten habe. Schon früh spürte ich, dass etwas in meinem Körper „anders" war: Schmerzen, Spannungsgefühle, Druckempfindlichkeit an Armen und Beinen. Trotzdem hieß es lange: „Das ist normal", „Du musst nur mehr Sport machen", „Nimm ab, dann gehen die Schmerzen weg".

Mit 21 Jahren folgte die Diagnose Typ-1-Diabetes. Doch was ich damals noch nicht wusste: Diese beiden Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig, und zwar auf eine Weise, die bis heute kaum erforscht oder verstanden ist.

Lipödem und Diabetes in der Wechselwirkung

Lipödem ist eine entzündliche, schmerzhafte chronische Fettverteilungsstörung, die bei rund jeder zehnten Frau vorkommt. Dabei vermehrt sich krankhaft das Unterhautfettgewebe, primär an Beinen und Armen. Es schmerzt, spannt und lässt sich weder durch Diät noch durch Sport beeinflussen.

Wegen meines Typ-1-Diabetes bin ich 24/7 auf die Zufuhr von Insulin angewiesen, das über meine Insulinpumpe unter die Haut injiziert wird. Und genau hier liegt die Schwierigkeit: Insulin ist ein sogenanntes Masthormon. Es senkt zwar den Blutzucker, kann aber gleichzeitig das Wachstum des betroffenen Fettgewebes fördern – also genau das Gewebe, das beim Lipödem ohnehin krankhaft vermehrt ist.

Je mehr erkrankte Fettzellen vorhanden sind, desto höher ist meist auch der Insulinbedarf. Gleichzeitig wirkt das Insulin schlechter und langsamer, wenn es in verändertes Gewebe gespritzt wird. Das bedeutet im Alltag längere Spritz-Ess-Abstände, instabilere Werte und oft ein Gefühl von Kontrollverlust.
Ich bin mit dieser Erfahrung nicht allein – viele Frauen mit Lipödem und Diabetes berichten mir dasselbe. Es ist ein Phänomen, das in der medizinischen Praxis kaum bekannt, aber im Alltag sehr real ist. Die größte Belastung für mich sind die damit verbundenen Schmerzen: Das Setzen von Kanülen oder Sensoren in Lipödem-Areale ist kaum zu ertragen.

Wenn Therapie und Alltag an Grenzen stoßen

Selbstmanagement ist das A und O: Kompressionsbestrumpfung, Lymphdrainage, Bewegung, Ernährungsanpassung und ein passendes Diabetes-Management helfen, den Alltag zu meistern. Doch es gibt Phasen, in denen das alles nicht mehr reicht.
Bei mir haben die Arme, Beine und der Bauch (hier berichten viele Betroffene, dass sich das Gewebe genauso verhält und anfühlt wie an Beinen und Armen, richtige Evidenz zum Lipödem am Bauch gibt es jedoch noch nicht) irgendwann so geschmerzt, dass das Spritzen dort unmöglich war. Ich konnte weder Oberarme noch Oberschenkel noch Bauch als Setzstellen nutzen.

Ich entschied mich schließlich für Liposuktionen an allen Bereichen, an denen ich Insulin injiziere – also an Oberarmen, Oberschenkeln und Bauch. Insgesamt wurden mehrere Liter krankhaftes Fettgewebe entfernt. Seither ist meine Lebensqualität eine völlig andere.

Liposuktion als Wendepunkt

Nach den Eingriffen wirkte mein Insulin deutlich besser und schneller. Ich brauchte insgesamt weniger Insulin und konnte alle Setzstellen wieder verwenden.
Heute ist mein Diabetes-Management stabiler und besser als je zuvor. Kombiniert mit täglicher Bewegung, Sport und einer antientzündlichen Ernährung habe ich inzwischen 85 Kilogramm abgenommen.

Diese Entwicklung ist nicht nur medizinisch relevant, sondern auch ein Stück Lebensqualität, das ich mir zurückerobert habe.
Liposuktionen sind teuer und werden bislang nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen – hier wünsche ich mir mehr Verständnis und Unterstützung durch das Gesundheitssystem.

Was wir benötigen, um Betroffenen mit beiden Erkrankungen das Leben zu erleichtern

Ich wünsche mir mehr Bewusstsein dafür, dass das Lipödem keine „optische Bagatelle“ ist, sondern eine echte, schmerzhafte und systemisch relevante Erkrankung.
Leider ist das Lipödem bis heute kaum Bestandteil der medizinischen Ausbildung. In vielen Studiengängen werden phlebologische Themen nur am Rande behandelt. Der Begriff „Lipödem“ fällt dabei selten.
Hier sollte dringend angesetzt werden. Gerade Gynäkologinnen und Gynäkologen sind häufig die ersten Ansprechpersonen, denn das Lipödem beginnt oft in der Pubertät. So war es auch bei mir.

Diabetologinnen und Diabetologen sollten ebenfalls über das Lipödem informiert sein, weil die Insulintherapie bei Betroffenen besondere Anforderungen hat.
Und Krankenkassen sollten die Kombination Lipödem + Diabetes künftig automatisch als medizinische Indikation für Liposuktionen anerkennen, statt Patienten und Patientinnen in zermürbende Widerspruchsverfahren zu schicken.

Zwar gibt es inzwischen den G-BA-Beschluss, der Liposuktionen als Kassenleistung ermöglicht – auch stadienunabhängig. Doch die Kriterien sind weiterhin so eng gefasst, dass viele Betroffene durchs Raster fallen. Ich wünsche mir hier mehr Empathie, weniger Bürokratie – und dass Betroffene endlich nicht mehr beweisen müssen, dass sie wirklich krank sind. Ich habe damals einen vierseitigen Brief verfasst, um meiner Krankenkasse zu erklären, was es bedeutet, mit diesen beiden Erkrankungen zu leben, und dass ich mir nicht vorstellen konnte, noch weitere Jahre in diesem Teufelskreis auszuhalten. Es wurde nicht berücksichtigt.

Meine Tipps für andere Betroffene

- Werde Experte oder Expertin deiner eigenen Erkrankung! Je besser du deinen Körper verstehst, desto selbstbestimmter kannst du mitreden – auch in der Arztpraxis.
- Tausche dich aus! In Selbsthilfegruppen, Online-Communitys oder mit anderen Betroffenen. Wissen teilt sich nur, wenn jemand anfängt, darüber zu sprechen.
- Setze dich für Aufklärung ein! Je sichtbarer wir werden, desto ernster werden unsere Themen genommen. In der Medizin, in den Medien, in der Politik.

- Dokumentiere deinen Weg! Fotos, Blutzuckerwerte, Erfahrungsberichte. All das kann helfen, Muster zu erkennen und Argumente gegenüber Ärzten oder Krankenkassen zu untermauern.
- Bewegung, die guttut. Nicht jede Sportart passt – aber regelmäßige, moderate Bewegung (z. B. Schwimmen, Radfahren, Aqua-Fitness) kann Schmerzen lindern und das Wohlbefinden steigern.
- Sei geduldig mit dir! Fortschritt ist kein Sprint, sondern ein Prozess. Jeder gute Tag zählt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2025

Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der
19. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Freitag, 7. November 2025, 12.30 bis 13.30 Uhr

S T A T E M E N T

Neue Leitlinie: Gestationsdiabetes erfordert fachübergreifende Versorgung und Prävention

Professorin Dr. med. Tanja Groten
Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Schwangerschaft der DDG, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Geburtsmedizin, Uniklinik Köln

Für Schwangere mit Diabetes liegt die Notwendigkeit der fachübergreifenden Versorgung in der Natur der Sache. Dabei gilt es, die interdisziplinäre und intersektorielle Zusammenarbeit zu stärken und den Informationsaustausch zu standardisieren.

50 Prozent der Schwangeren nach GDM entwickeln innerhalb von 10 Jahren, 70 Prozent nach 20 Jahren einen Diabetes mellitus (DM) Typ 2. Zusätzlich besteht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Depressionen. In der Schwangerschaft mit GDM ist es möglich, auch die Subtypen des Diabetes (Sekretionsschwäche versus Insulinresistenz) zu erkennen. Es ist daher dringend notwendig, flächendeckend Nachsorgekonzepte zu entwickeln, in die alle Aspekte einbezogen sind und die zu individualisierten Präventionskonzepten führen sollen.

Die Bedeutung der Nachsorge von Frauen, die in der Schwangerschaft Komplikationen entwickeln, die ein lebenslanges Gesundheitsrisiko anzeigen, muss in von den Kassen finanzierte Programme überführt werden. Letztlich kann nur so eine breitere Wahrnehmung der Nachsorge erreicht werden (aktuell nur 40 Prozent). Auch ist das interdisziplinäre Team gefragt, so wie das interprofessionelle unter Einbeziehung der Nachsorgehebammen. Zudem sollte die klinische Forschung Konzepte entwickeln, in der die Betreuung in der Schwangerschaft auf eine lebenslange Wirkung ausgerichtet ist. So kann das Bio-Feedback, das Sensoren den Frauen über ihr Ess- und Bewegungsverhalten liefern, möglicherweise zu nachhaltigen Verhaltensänderungen führen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Mannheim, November 2025

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand Februar 2025

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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)

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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.

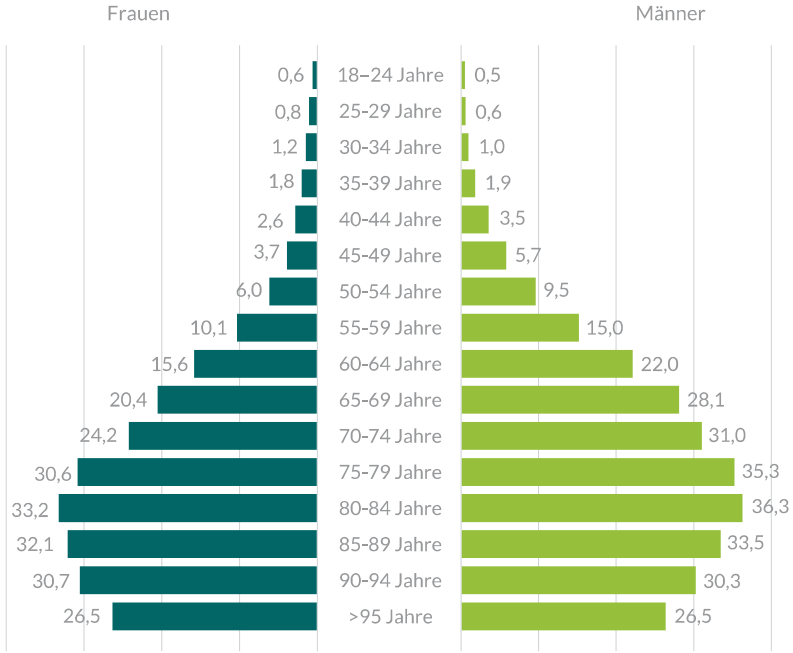
Gestationsdiabetes:

- 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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

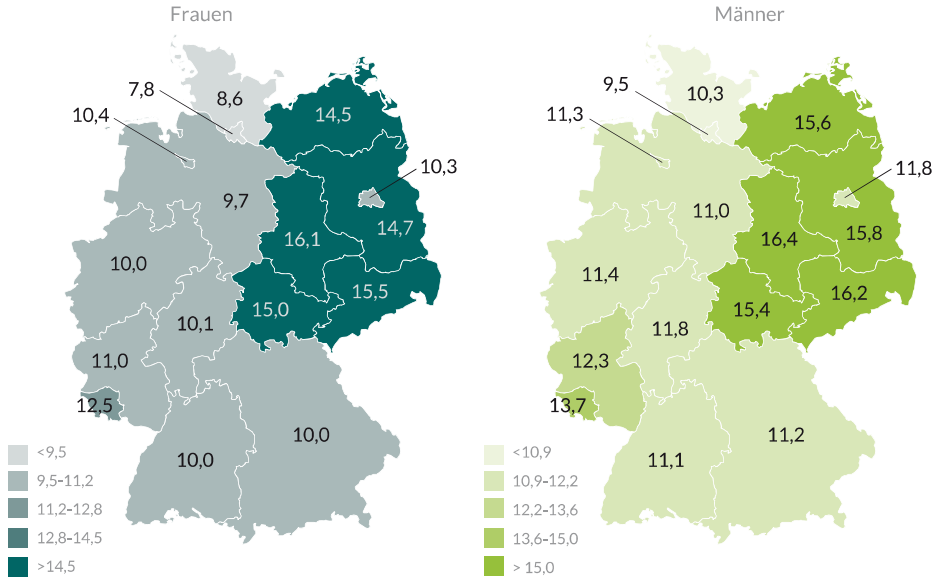
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes
(in Prozent im Jahr 2013)



© 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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

Versorgungssituation in Deutschland

Ein*e Hausärzt*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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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

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

Die häufigsten Begleiterkrankungen sind:

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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes

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

Die jährlichen direkten Diabetesosten 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, Rütschle 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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

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