

Online-Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: 8. Dezember 2025, 11.00 bis 12.00 Uhr

Anmeldung unter: <https://events.teams.microsoft.com/event/c8ac8cbc-85f8-4004-b9c2-72bec32bb526@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Sicher unterwegs mit Diabetes Was die neue Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ für Autofahrende bedeutet

Vorläufige Themen und Referierende:

Die neue S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ – was sich für Ärztinnen, Ärzte und Betroffene ändert

Dr. med. Friedrich W. Petry

Mitautor der Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“, Mitglied des Ausschusses Soziales der DDG sowie hausärztlicher Diabetologe im Medicum Wetzlar – Zentrum für angewandte Diabetologie

Arbeiten, fahren, leben – warum Menschen mit Diabetes keine Sonderregeln brauchen

Dr. med. Wolfgang Wagener

Koordinator der Leitlinie, Vorsitzender des Ausschusses Soziales der DDG, Ärztlicher Referent bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Facharzt für Innere Medizin; Diabetologe (DDG), Palliativmedizin, Sozialmedizin und Medizinethik (M.A.), Düsseldorf

Mit Diabetes am Steuer – Erfahrungen aus dem Alltag eines Betroffenen

Jens Wicklein

Zollbeamter mit Typ-1-Diabetes, Mitglied der freiwilligen Feuerwehr, ehrenamtlich tätig für das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und Eigentümer eines PKW-, Bus- und LKW-Führerscheins

Moderation: Pressestelle DDG

Kontakt für Rückfragen:

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

PRESSEMITTEILUNG

Neue Fakten über Diabetes am Steuer

Aktualisierte Leitlinie räumt mit überholten Annahmen auf und fordert Anpassungen im Verkehrs- und Berufsrecht

Berlin, Dezember 2025 – Der Ausschuss „Soziales“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) hat die S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ aktualisiert. Die neue Fassung zeigt: Moderne Diabetestechnik und Medikamente, die keine Unterzuckerungen bewirken, erhöhen die Sicherheit im Straßenverkehr deutlich. Gleichzeitig schaffen sie neue Perspektiven für Millionen Menschen mit Diabetes, insbesondere bei Tätigkeiten mit hoher Verantwortung. Auf der heutigen Pressekonferenz der DDG forderten Experten, veraltete berufliche und verkehrsrechtliche Vorgaben an den aktuellen medizinisch-diabetologischen Wissensstand anzupassen, um pauschale Vorverurteilungen von Menschen mit Diabetes und damit Diskriminierungen zu verhindern.

Seit der ersten Leitlinienfassung aus dem Jahr 2017 hat sich die Diabetesbehandlung spürbar weiterentwickelt. Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes erhalten heute Medikamente, die keine Unterzuckerungen auslösen. Bei insulinpflichtigen Menschen kommen zunehmend Systeme zum Einsatz, die den Glukoseverlauf kontinuierlich anzeigen (CGM) oder die Insulinabgabe automatisiert anpassen (AID-Systeme). Warnsignale machen kritische Werte früh sichtbar.

„Diese Fortschritte haben die Stoffwechselkontrolle grundlegend verändert“, erklärt Mitautor der Leitlinie, Dr. med. Friedrich W. Petry. Eine Unterzuckerung bleibe zwar das größte Risiko im Straßenverkehr. Doch die Zahl solcher Ereignisse sei durch moderne Technik und Schulungen deutlich gesunken. Der Diabetologe am Medicum Wetzlar betont, dass das Risiko von Autounfällen bei Menschen mit Diabetes nur leicht erhöht sei, vor allem im Vergleich zu anderen Erkrankungen, die das Unfallrisiko wesentlich stärker steigern – wie ADHS oder obstruktive Schlafapnoe (OSAS).

Die Leitlinie empfiehlt klare Regeln für den Alltag: Vor Fahrtantritt sollen Betroffene ihren Glukosewert prüfen und nur starten, wenn er ausreichend hoch ist. Menschen mit kontinuierlicher Glukosemessung sollen die Warnfunktionen aktiviert haben und auf Trendpfeile achten. Bei kritischen Werten sollen sie die Fahrt unterbrechen und ihren Glukosewert stabilisieren.

Leitlinie fordert Neubewertung beruflicher Vorgaben

Neben der Fahrsicherheit rückt durch die Leitlinie die berufliche Teilhabe in den Mittelpunkt. Viele Vorschriften, die Menschen mit Diabetes vom Zugang zu bestimmten Tätigkeiten – wie bei der Polizei, der Feuerwehr oder im Flug- oder Schifffahrtsverkehr – ausschließen, basieren nach Angaben des Ausschusses „Soziales“ der DDG auf überholten Einschätzungen. Die Fortschritte in Therapie und Technik werden dort bislang kaum berücksichtigt. „Viele berufsbezogene Vorgaben stammen aus einer Zeit, in der Glukosemessungen nur wenige Momentaufnahmen lieferten“, so Dr. med. Wolfgang Wagener, Koordinator der Leitlinie und Vorsitzender des DDG Ausschusses „Soziales“. Heute ermögliche die moderne Diabetologie ein hohes Maß an Kontrolle, Steuerung und Sicherheit im Arbeitsalltag. Pauschale Ausschlüsse allein aufgrund der Diagnose seien medizinisch nicht mehr gerechtfertigt und daher diskriminierend. Wagener fordert, alle berufsrechtlichen Vorgaben und Regelwerke zu überprüfen und an den aktuellen Stand anzupassen. „Dies ist auch aus

volkswirtschaftlichen Gründen sinnvoll. Wir können es uns nicht erlauben, auf motivierte und einsatzfähige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu verzichten“, gibt Wagener zu bedenken.

Die Leitlinie sieht deshalb vor, individuelle Risiken und Kompensationsmöglichkeiten stärker zu berücksichtigen. Dazu gehören Therapieform, Erfahrung im Umgang mit der Erkrankung, Nutzung von Warnsystemen und regelmäßige Schulungen.

Erfahrungsbericht zeigt: leistungsfähig trotz Diabetes

Wie moderne Behandlung berufliche Chancen erweitert, zeigt Jens Wicklein, Zollbeamter mit Typ-1-Diabetes und seit vielen Jahren in sicherheitsrelevanten Tätigkeiten aktiv. Er fährt Lkw und Bus, arbeitet im waffentragenden Ermittlungsdienst und engagiert sich seit vielen Jahren in Feuerwehr, Katastrophenschutz und Rettungsdienst. „Ich lebe seit meinem 14. Lebensjahr mit Typ-1-Diabetes. Mit Disziplin, Verantwortung und moderner Technik kann ich meinen Alltag sicher gestalten – auch in Tätigkeitsbereichen, die hohe Konzentration verlangen“, sagt Wicklein. Moderne Sensoren und Pumpen machten möglich, was früher ausgeschlossen war: „Vor einigen Jahrzehnten wäre vieles, was ich heute mache, kaum denkbar gewesen. Warnsysteme geben mir ein hohes Maß an Sicherheit.“ Gegen Vorurteile setzt er ein klares Signal: „Einige Vorstellungen von Diabetes stammen aus einer Zeit, in der die Behandlung unzuverlässiger war. Heute zeigen mein Alltag und der vieler anderer, dass Diabetes kein Ausschlusskriterium mehr sein darf.“

Konkrete Empfehlungen für mehr Sicherheit und Teilhabe

Die Leitlinie fasst erstmals alle aktuellen Handlungsempfehlungen zusammen. Sie richtet sich an Menschen mit Diabetes, behandelnde Teams sowie Behörden und Gutachterinnen und Gutachter. Ziel ist es, eine verlässliche Grundlage für Beratung, Begutachtung, Bewertung und politische Entscheidungen zu schaffen. Demnächst wird es auch eine Patientenleitlinie geben, die sich ausschließlich an Betroffene richtet.

Petry betont: „Erhöhte Glukosewerte allein führen nicht zu einer eingeschränkten Fahreignung. Entscheidend ist vielmehr die Frage, ob Konzentration, Aufmerksamkeit oder Sehen beeinträchtigt sind.“ Die moderne Diabetologie könne viele Risiken ausgleichen. Kompensation ist vielfach möglich. Deshalb dürften Menschen mit Diabetes nicht pauschal von besonderen Tätigkeiten ausgeschlossen werden.

DDG appelliert an Politik und Behörden

Die DDG sieht die aktualisierte Leitlinie als Impuls, bestehende Gesetze und insbesondere berufsbezogene Vorschriften an den medizinischen Fortschritt anzupassen. Der Ausschuss „Diabetes und Soziales“ der DDG setzt sich dafür ein, dass Menschen mit Diabetes nicht aufgrund ihrer Diagnose benachteiligt werden. „Es ist Zeit, alte Regeln zu überdenken“, sagt Wagener. Moderne Therapie und Technik ermöglichen eine stabile Stoffwechsellage und damit ein hohes Maß an Sicherheit – im Straßenverkehr und im Beruf. Die Leitlinie solle dazu beitragen, Menschen mit Diabetes neue Perspektiven zu eröffnen.

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9 300 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und

Forschung, engagiert sich seit 1964 in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als 9 Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Pressekontakt 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

STATEMENT

Die neue S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ – was sich für Ärztinnen, Ärzte und Betroffene ändert

Dr. med. Friedrich W. Petry

Mitautor der Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“, Mitglied des Ausschusses Soziales der DDG sowie hausärztlicher Diabetologe im Medicum Wetzlar – Zentrum für angewandte Diabetologie

Die LL (Leitlinie) „Diabetes und Straßenverkehr 2017“ stellte weltweit eine erste systematische, umfassende Bearbeitung des Themas. Evidenzbasierte Aussagen unterstützen die Entscheidungsfindung und Beratung von Ärztinnen und Ärzten, Diabetesteam, Betroffenen, Juristinnen und Juristen sowie Behörden. Mit den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung der BAST bildet die LL die Grundlage für die Beurteilung der Fahreignung von MmD (Menschen mit Diabetes).

Neben formalen Vorgaben zur Leitlinienaktualisierung sind es vor allem wesentliche Änderungen in der Therapie des Diabetes (Leitlinienänderung), die exponentielle Weiterentwicklung und vermehrte Anwendung von Diabetestechnik in Therapie und Stoffwechselkontrolle sowie moderne angepasste Schulungsprogramme, die eine Überarbeitung der LL „Diabetes und Straßenverkehr“ erforderten.

Die LL richtet sich wie zuvor an:

- Ärztinnen und Ärzte
- Diabetesberatungsberufe und Diabeteschulungsteams
- Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Behörden und politische Gremien
- MmD und Zugehörige (Patientenleitlinie)
- sozialmedizinisch Beratende, Gutachterinnen und Gutachter sowie Entscheidende

Mit Aktualisierung dieser LL verfolgen die Autorinnen und Autoren folgende Ziele:

- Wissen zum Thema Diabetes und Teilnahme am Straßenverkehr auf bestmöglichem Evidenzniveau zusammenzutragen und zu bewerten
- berufliche, soziale und gesellschaftliche Teilhabe von MmD zu fördern
- eine wissenschaftlich fundierte Grundlage für die Begutachtung zu schaffen
- die Sicherheit im Straßenverkehr zu erhöhen
- die Kompetenz der Behandelnden, Beratungs- und Schulungsteams zu fördern
- die Benachteiligung von MmD zu reduzieren

Folgende vier wesentlichen Fragen standen im Vordergrund:

1. Gibt es eine neue Evidenz für eine Einschränkung der Fahrtauglichkeit bei niedrigen Blutzuckerwerten und bei niedrigem HbA_{1c}-Wert bei Patientinnen und Patienten mit DM T1 oder DM T2 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2)?
2. Wie wirkt sich die Anwendung moderner Diabetestechnik (rtCGM, CSII und AID [automatisches Insulin-Abgabesystem]) auf die Fahrsicherheit und Unfallhäufigkeit von MmD aus?
3. Wie sind die Auswirkungen von Kompensationsmaßnahmen auf die Fahrsicherheit?
4. Welche Rolle spielen Kontextfaktoren?

Kernfragen zur neuen LL:

Was hat sich in der Beurteilung der Fahreignung geändert?

Es gibt ausreichende Daten für den positiven Einfluss von Kompensationsmaßnahmen auf die Fahreignung:

- bevorzugter Einsatz von Medikamenten ohne Unterzuckerungsrisiko bei Typ-2-Diabetes (LL)
- Die Anwendung moderner Diabetestechik (rtCGM, CSII, AID) zur Stoffwechselkontrolle und Therapie hat Einfluss auf die Fahreignung von MmD.
- Kompensationsmaßnahmen haben Einfluss auf die Fahreignung.
- Kontextfaktoren haben Einfluss auf die Fahreignung.
- verantwortlicher Umgang mit der Erkrankung und Verhalten im Straßenverkehr

Wie wird das Risiko für Unterzuckerungen heute bewertet?

- Das Unfallrisiko bei MmD ist mit 12 bis 19 Prozent im Vergleich zu ADHS (300 Prozent) und OSAS/Schlafapnoe (140 Prozent) nur gering erhöht und wird überschätzt (*Abrahamian H., Diabetes und Fährerschein, Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, <https://www.kup.at/kup/pdf/12146.pdf>).
- Unverändert ist eine schwere Unterzuckerung das größte Risiko im Straßenverkehr.
- Kompensationsmaßnahmen können dieses Risiko deutlich reduzieren.
- Das Risiko für Unfälle und Beeinträchtigungen der Fahrtauglichkeit aufgrund von Hypoglykämien hat sich seit der letzten Auflage der LL „Diabetes und Straßenverkehr“ deutlich reduziert (Einschätzung Leitliniengruppe).

1. Therapie:

Menschen mit DM T2 mit einer Therapie ohne Insulin nehmen überwiegend Medikamente ein, die mit keinem Hypoglykämierisiko (Unterzuckerung) assoziiert sind. Dies entspricht der aktuellen LL für DM T2.

2. Diabetestechnik

Mittlerweile erfolgt das Monitoring der Glukose bei Menschen mit DM T1 und DM T2 mit einer intensivierten Insulintherapie beziehungsweise Insulinpumpentherapie überwiegend mit einem CGM-System, das mit integrierten Warnfunktionen vor Unterzuckerungen (Voralarmen, Alarmen) ausgestattet ist. Menschen mit DM T1 wenden zunehmend automatisierte Insulindosiersysteme an, mit deren Hilfe mögliche Situationen mit erniedrigten Zuckerwerten automatisch detektiert werden und der Algorithmus automatisch die Insulinzufuhr reduziert.

3. Schulung

Schulungsprogramme für Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes zum verbesserten Umgang mit Unterzuckerungen (Hypoglykämien, vor allem bei Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörungen), stehen mittlerweile im Rahmen der DMP-Programme DM T1 und DM T2 flächendeckend zur Verfügung.

Weitere Kompensationsmaßnahmen:

- langjährige Erfahrung als Kraftfahrende
- Persönlichkeitsstruktur
- reflektierter Umgang mit der Erkrankung
- vorausschauendes Handeln unter Einbeziehung möglicher Risiken in Arbeitsabläufen
- gezielte Coping-Strategien für spezielle Anforderungen

Welche Empfehlungen gelten für Menschen mit DM T1 und DM T2?

Die überwiegende Zahl der Menschen mit DM T2 hat keine Medikation mit Unterzuckerungsrisiko. Für sie reichen regelmäßige Kontrollen, zum Beispiel im Rahmen des DMP-Programmes, aus. In der Regel besteht Fahreignung für Fahrzeuge der Gruppe 1 und 2. Für die Fahreignung der Gruppe 2 gelten die gesetzlichen Vorgaben für notwendige Kontrollen. Folge- und Begleiterkrankungen sind gesondert zu berücksichtigen. Für Menschen mit DM T1 und DM T2 sind die Empfehlungen für Kraftfahrende mit Diabetes und Unterzuckerungsrisiko zu berücksichtigen. Diese sollen die Betroffenen kennen und sich danach verhalten (Anlage).

Verhalten vor Fahrtantritt:

- MmD mit einem Hypoglykämierisiko aufgrund ihrer Diabetestherapie sollen sicherstellen, dass sie vor Fahrtantritt einen für sie ausreichend hohen Glukosewert (Empfehlung in den meisten Fällen ≥ 90 mg/dl [5 mmol/l]; Schwangere ≥ 80 mg/dl [4,4 mmol/l]) aufweisen.
- Liegt der Glukosewert unter 90 mg/dl (5 mmol/l) / Schwangere unter 80 mg/dl (4,4 mmol/l), soll vor Fahrtantritt durch Essen oder Trinken schnell resorbierbarer Kohlenhydrate sichergestellt werden, dass der Glukosespiegel wieder über diesem Schwellenwert liegt – die Fahrt soll erst danach angetreten werden.
- Nutzende von CGM sollen vor Fahrtantritt sicherstellen, dass die Alarmgrenzen so hoch eingestellt sind, dass rechtzeitig vor einer Hypoglykämie gewarnt wird, und die Trendpfeile beachten.

Wie sollen Ärztinnen und Ärzte sowie Diabetesteamer beraten und dokumentieren?

Diabetesteamer, Diabetesberatende, Assistierende sowie Ärztinnen und Ärzte sollen auf besondere Risiken für MmD im Straßenverkehr hinweisen. Das Thema soll im Rahmen der modernen Schulungsprogramme eingehend behandelt werden. Die besonderen Risiken einer insulinotropen Therapie mit Diabetesmedikamenten mit Unterzuckerungsrisiko (Insulin, Sulfonylharnstoffe, Repaglinide) und die notwendigen Stoffwechselkontrollen mit ihren Auswirkungen auf die Fahreignung sollen Inhalt der Schulung sein.

Die Vermeidung, frühzeitiges Erkennen und Behandlung von Unterzuckerungen sind notwendige Schulungsinhalte. Besondere Risiken für Unterzuckerungen wie Stoffwechseldekompensation, erhöhte Schwankungen des Blutzuckers, Ersteinstellung/Therapieänderungen auf Insulin und Krankheit mit den Auswirkungen auf die Fahreignung sollen beraten werden. Dasselbe gilt für Sehstörungen im Rahmen von Stoffwechselentgleisung und -rekompensation mit passagerer Einschränkung der Fahreignung.

Bei nicht vorhandener Fahreignung soll dies den Betroffenen unter Zeugen mitgeteilt, dokumentiert und gegebenenfalls die Beratung schriftlich bestätigt werden. Die Empfehlungen für Kraftfahrende mit Diabetes und Unterzuckerungsrisiko in der LL (Anlage) sollen eingehend besprochen und die Beratung von Betroffenen schriftlich bestätigt werden (Anlage).

Kernaussagen der LL:

Erhöhte Zuckerwerte:

Im Gegensatz zu Unterzuckerungen haben erhöhte und auch deutlich erhöhte Zuckerwerte allein aktuell keinen nachgewiesenen Einfluss auf die Fahrsicherheit und Fahreignung. Die LL und die Empfehlungen zur Fahrsicherheit von MmD geben keine expliziten Einschränkungen der Fahrsicherheit oder einen Grenzwert des HbA_{1c}-Wertes bezüglich der Hyperglykämie (erhöhter Glukosewerte). Nur wenn Konzentration, Reaktion und Aufmerksamkeit beeinträchtigt sind, ist die Fahrsicherheit gefährdet. Ebenso bei Stoffwechselentgleisung und Ketoazidose sowie dem Auftreten von Sehstörungen bei schneller Blutzuckersenkung, längerer Erhöhung oder bei Erstmanifestation. Die Fahreignung ist erst dann wieder vorhanden, wenn die Sehstörungen verschwunden sind und eine stabile Stoffwechsellage besteht.

Unterzuckerungen:

Die Gefährdung der Fahrsicherheit geht beim Diabetes in erster Linie vom Auftreten einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) mit Kontrollverlust, Verhaltensstörung oder Bewusstseinsbeeinträchtigung aus. Eine uneingeschränkte Hypoglykämie-Wahrnehmung ist Voraussetzung für die Fahreignung. MmD mit mehr als einer Fremdhilfe bedürftigen Hypoglykämie im Wachzustand in den letzten 12 Monaten sind in der Regel für das Führen eines Kraftfahrzeugs so lange ungeeignet, bis wieder eine hinreichende Stabilität der Stoffwechsellage sowie eine zuverlässige Wahrnehmung von Hypoglykämien sichergestellt ist. Unverändert gilt, dass das größte Risiko im Straßenverkehr bei MmD eine starke Unterzuckerung ist.

Begleit- und Folgekrankheiten:

Begleit- und Folgekrankheiten können einen erheblichen Einfluss auf die Fahreignung von MmD haben. Kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall), diabetisches Fußsyndrom (Amputation), Retinopathie (Sehvermögen) und bei DM T2 besonders das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) können die Fahreignung passager oder dauerhaft einschränken.

Kontextfaktoren:

Umgebung, Beruf, Begleit- und Folgekrankheiten, soziale Faktoren und Stress können die Fahreignung passager oder dauerhaft einschränken.

Zusammenfassung

- MmD sind grundsätzlich fahrtauglich (Gruppe 1 und 2, Personenbeförderung).
- Eine schwere Unterzuckerung ist unverändert das größte Risiko im Straßenverkehr.
- Hypoglykämie und Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung schränken die Fahrtauglichkeit passager oder dauerhaft ein.

- Ein erhöhtes Unterzuckerungsrisiko bedeutet nicht automatisch eine erhöhte Unfallwahrscheinlichkeit.
- Kompensationsmaßnahmen sind zu berücksichtigen.
- Bevorzugung von Medikamenten und Therapien ohne beziehungsweise mit geringem Unterzuckerungsrisiko
- Diabetestechnik (rtCGM, AID) senkt die Hypoglykämiehäufigkeit, kompensiert Eignungsmängel und gibt Sicherheit.
- Geeignete Interventionen und Schulung reduzieren das individuelle Risiko.
- Die Beurteilung vorhandener oder nicht vorhandener Fahreignung für die bestehenden Fahrzeugklassen beruht auf derzeit geltenden wissenschaftlichen Grundsätzen unter Abwägung persönlicher Interessen, aber auch der Interessen und des Sicherheitsbedürfnisses der Allgemeinheit.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, Dezember 2025

Anhang G LL „Empfehlungen für Kraftfahrer mit Diabetes und Unterzuckerungsrisiko“

Anhang G Empfehlungen für Kraftfahrer mit Diabetes und Unterzuckerungsrisiko

Einige Medikamente zur Diabetesbehandlung – Insuline, Glinide und Sulfonylharnstoffe - können Unterzuckerungen auslösen.

Für Menschen mit Diabetes, die sich mit solchen Medikamenten behandeln, gelten für die Teilnahme am Straßenverkehr die folgenden Empfehlungen. Diese dienen der eigenen Sicherheit und der Sicherheit der anderen Verkehrsteilnehmer.

Das Unfallrisiko für Menschen mit Diabetes mellitus ist höher bei einer Behandlung mit Medikamenten, die eine Unterzuckerung auslösen können. Das gilt besonders für die Neueinstellungsphase auf das neue Medikament. Auch im Zusammenhang mit Stoffwechselentgleisungen, Folge- oder Begleiterkrankungen kann das Unfallrisiko steigen.

Wenn Sie die folgenden Empfehlungen beherzigen und alles für den Notfall dabei haben, tragen Sie ganz erheblich zu einer sicheren Teilnahme am Straßenverkehr bei.

1. Ihr Arzt soll mit Ihnen besprechen, ob bei Ihnen ein höheres Unfallrisiko besteht und wie Sie sich im Straßenverkehr sicher verhalten können.
2. Neben Unterzuckerungen und Glukoseschwankungen können auch andere Diabetes-Probleme wie Nervenschädigung an den Beinen oder Schlaf-Apnoe-Syndrom die sichere Teilnahme am Straßenverkehr gefährden. Sprechen Sie hierüber mit Ihrem Arzt.
3. Falls Sie ein höheres Risiko für Unterzuckerungen haben, sollen Sie im Straßenverkehr Unterzuckerungen konsequent vermeiden. Ihr Arzt soll mit Ihnen darüber sprechen, wie Sie Unterzuckerungen sicher vermeiden können. Nehmen Sie an einer Schulung teil.
4. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt Ihren persönlichen Glukosezielbereich vor Fahrtantritt. Sie müssen sicherstellen, dass Sie vor Fahrtantritt einen für Sie ausreichend hohen Glukosewert aufweisen. Die Empfehlung ist in den meisten Fällen 90 mg/dl (5 mmol/l) oder höher; für Schwangere 80 mg/dl (4,4 mmol/l) oder höher, um das Risiko einer Hypoglykämie während der Fahrt zu minimieren und diese zu verhindern.

Hier können Sie Ihre persönlichen Zielwerte notieren:

Ihre Glukose vor Fahrtantritt sollte zwischen _____ und _____ mg/dl / mmol/l liegen.

5. Treten Sie die Fahrt nicht an, wenn Sie eine Unterzuckerung feststellen oder vermuten.
6. Überprüfen Sie vor Fahrtantritt ihren Glukosewert und den Trendpfeil, falls Sie mit einem CGM messen.
7. Falls Ihr Wert unter Ihrem Zielwert liegt, müssen Sie schnell wirkende Kohlenhydrate zu sich nehmen. Es dauert einige Minuten, bis der Glukosewert angestiegen ist.
8. Wenn Sie ein CGM nutzen, muss die Alarmfunktion eingeschaltet sein. Stellen Sie die Alarmgrenzen so ein, dass Sie rechtzeitig vor einer Unterzuckerung gewarnt werden.
9. Halten Sie für den Fall, dass unterwegs eine Unterzuckerung auftritt, im Fahrzeug ausreichende Mengen schnell wirksamer Kohlenhydrate griffbereit.
10. Informieren Sie Ihre Beifahrer, wo der Traubenzucker liegt.
11. Nehmen Sie auf längere Fahrten zur Sicherheit ein Blutzuckermessgerät mit.

12. Wenn Sie während der Fahrt eine Unterzuckerung bemerken, unterbrechen Sie die Fahrt unverzüglich. Das bedeutet: Haltemöglichkeit suchen, raus aus dem fließenden Verkehr und Motor ausschalten. Nehmen Sie sofort schnell wirksame Kohlenhydrate zu sich und warten Sie mit der Weiterfahrt, bis die Unterzuckerung sicher überwunden ist. Bedenken Sie, dass Sie infolge sehr niedriger Blutglukosewerte weitere Unterzuckerungen bekommen können und diese eventuell schlechter wahrnehmen.
13. Null Promille während der Fahrt: Alkohol erhöht das Unfallrisiko enorm. Ein Restalkoholspiegel steigert zudem Ihr Unterzuckerungsrisiko.
14. Fahren Sie niemals während einer Entgleisung mit sehr hohen Glukosewerten und deutlichen Symptomen. Dies kann zu Fahrfehlern führen.
15. Während Ihr Diabetes neu eingestellt oder auf ein neues Medikament umgestellt wird, kann es zu vorübergehenden Einschränkungen Ihrer Fahrsicherheit kommen, was z.B. zu einem vorübergehenden ärztlichen Fahrverbot führen könnte. Das gilt besonders dann, wenn das Sehen beeinträchtigt ist oder wenn Ihre Glukosewerte stark schwanken. Ausgeprägte Sehstörungen und starke Schwankungen der Glukose erhöhen das Unfallrisiko. Lassen Sie sich lieber fahren.
16. Passen Sie Ihre Fahrweise an und denken Sie daran, regelmäßige Pausen einzulegen. In einer Pause können Sie nach Ihrem Glukosewert schauen und mit einem sicheren Gefühl weiterfahren. Die Bedienung von Messgerät, Insulinpumpe oder Lesegerät/Handy ist nach den geltenden Bestimmungen nur bei stehendem Fahrzeug mit abgestelltem Motor zulässig. Das Ablesen von Glukosewert und Trendpfeil von einem Glukosemesswert oder Monitor in einer Halterung am Armaturenbrett ist während der Fahrt aber erlaubt, auch wenn dafür der Monitor des Gerätes kurz angetippt werden muss und die Aufmerksamkeit für den Verkehr nicht beeinträchtigt ist.
17. Lassen Sie sich regelmäßig ärztlich untersuchen und beraten. Dazu gehört auch die regelmäßige Augenarztkontrolle. Beachten Sie, dass Sie nach bestimmten ärztlichen Untersuchungen (z. B. Weitstellung der Pupillen beim Augenarzt) vorübergehend fahruntüchtig sind!
18. Wenn Sie beruflich ein Fahrzeug führen, informieren Sie im Interesse Ihrer eigenen Sicherheit Ihren zuständigen Betriebsarzt über Ihre gesundheitliche Situation.

Für den behandelnden Arzt:

Bitte beachten Sie unbedingt folgende Hinweise:

- Diese Empfehlungen ersetzen nicht das Aufklärungsgespräch.
- Dem Patienten sollte eine Kopie dieser Empfehlungen ausgehändigt werden.
- Sofern aus medizinischer Sicht keine Fahrsicherheit (mehr) besteht, muss der Patient ausdrücklich und ausführlich darüber aufgeklärt werden, dass aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen derzeit keine motorisierte Teilnahme am Straßenverkehr möglich ist. Das Aufklärungsgespräch sollte möglichst umfassend und nachvollziehbar in der Patientenakte dokumentiert werden.
- Die nächste Seite (Bestätigung des Patienten, dass er aufgeklärt wurde) ist für Ihre Patientenakte bestimmt.

Hiermit erkläre ich, dass ich die oben aufgeführten **Empfehlungen für Kraftfahrer mit Diabetes und Unterzuckerungsrisiko** zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Im Rahmen der Schulung / Auffrischungsschulung bin ich über die umseitigen Empfehlungen eingehend informiert und aufgeklärt worden.

Ich habe die Empfehlungen verstanden und keine Fragen mehr.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich wegen (nichtzutreffendes streichen):

- Stoffwechseldekompensation
- Ersteinstellung auf Sulfonylharnstoffe
- Ersteinstellung auf Insulin
- Ersteinstellung auf ein Glinid
- Hypoglykämiewahrnehmungsstörung
- Wiederholter schwerer Hypoglykämien
- Folgeerkrankungen des Diabetes (_____)

bis zum Erreichen einer stabilen Stoffwechsellage und Stabilisierung der Sehstörung kein Fahrzeug führen darf.

Name Vorname geb.

_____, den.....Unterschrift: _____

Praxisstempel

STATEMENT

Arbeiten, fahren, leben – warum Menschen mit Diabetes keine Sonderregeln brauchen

Dr. med. Wolfgang Wagener

Koordinator der Leitlinie, Vorsitzender des Ausschusses Soziales der DDG, Ärztlicher Referent bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Facharzt für Innere Medizin; Diabetologe (DDG), Palliativmedizin, Sozialmedizin und Medizinethik (M.A.), Düsseldorf

Menschen und Behörden haben häufig „Angst“ bei Diabetes mellitus. Diese ist über ein Jahrhundert geprägt vom Risiko einer Unterzuckerung, der Hypoglykämie. Und durch deren mögliche, gegebenenfalls gefährliche Auswirkungen. Mit selbstständig möglichem Messen der Blutglukose durch Betroffene wurde die Insulindosierung Ende des letzten Jahrhunderts in die Hände der bezüglich ihrer Erkrankung detailliert geschulten Patientinnen und Patienten gelegt (früher: Pädier Karl Stolte). Dadurch konnten diese von strikten Diätregeln befreit werden. Menschen mit Diabetes können alles essen. Sie haben ihre Insulindosis der Nahrungs- beziehungsweise Kohlenhydrataufnahme anzupassen. Die Blutglukosewerte sind zu kontrollieren. Und sie sollten nicht zunehmen – denn mit Insulin kann man sich mästen.

Blutglukose messen per Teststreifen war eine therapeutische Revolution. Sie gab Patienten wie Behandelnden mehr Sicherheit im Tagesverlauf. Heute haben wir – durch rasante technische Entwicklung von Glukosesensoren – die Möglichkeit, kontinuierliche Glukosemessungen vorzunehmen. Gleichzeitig werden automatisierte Insulin-Dosierungssysteme (AID) genutzt. Es sind obere und untere Alarmgrenzen einzustellen. Sie warnen, wenn der Glukosewert unter einen bestimmten Wert absinkt oder darüber ansteigt. Dies ermöglicht ein sehr kontrolliertes Diabetesmanagement. In den USA, in Kanada, im Vereinigten Königreich, in Österreich dürfen gut eingestellte Menschen mit Typ-I-Diabetes, also dem insulinpflichtigen Typ der sogenannten Zuckerkrankheit, sogar Flugzeuge fliegen, Fracht- und Passagiermaschinen. In der EU ist das – leider bisher noch – nicht der Fall.

Die Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ war gerade durch die seit der Erstauflage von 2017 deutlich verfeinerte, bessere Kompensation ermöglichende Mess-, Kontroll- und Steuerungstechnik zu aktualisieren. Denn mittels Trendpfeilen und Alarmen zur Hypoglykämie-Vorwarnung ist die Stoffwechselkontrolle und -führung kontinuierlich und leichter möglich.

Wir, der Ausschuss Soziales und unsere Dachorganisation, die Deutsche Diabetes Gesellschaft, sehen die jetzt aktualisierte LL „Diabetes und Straßenverkehr“, der eine Patientenleitlinie folgen wird, über ihren eigenen Wert hinaus auch als einen ersten Aufschlag für ein Überdenken vieler auf dem Stand der 50er-/60er-Jahre des letzten Jahrhunderts hängen gebliebenen Vorschriften für den Zugang von Menschen mit Diabetes zu vielen Berufen. Gut geschulte, gut eingestellte Menschen mit Diabetes sind umfassend leistungsfähig.

Bekannt als auffallend leistungsfähig ist Tennisprofi Alexander Zverev. Ein Mensch mit Diabetes mellitus Typ I seit seinem 4. Lebensjahr! Er und nicht zuletzt unser Repräsentant Herr Wicklein, noch nicht sooo bekannt, beweisen/beweist dies mit seinem Leben. Und mit seinen – nicht nur beruflichen – Aktivitäten mehr als eindrucksvoll!

Wir können als Ausschuss Soziales und als Deutsche Diabetes Gesellschaft nicht die Botschaft bringen, dass alle Menschen mit Diabetes jetzt alles können. Immer ist bei jeder/jedem Einzelnen zu prüfen – Gefährdungsbeurteilung § 5 ArbSchG –, ob sie/er für den Arbeitsplatz geeignet ist. Per-se-Ausschlüsse allein aufgrund der Diagnose darf es nicht (mehr) geben! Wir brauchen die Beweisumkehr. Arbeitgeber sollen darlegen, warum ein Mensch mit Diabetes mellitus nicht zur Ausbildung oder Ausübung eines Berufes zugelassen werden soll. Pauschalurteile allein anhand der Diagnose sind fachlich nicht mehr tragbar und diskriminierend.

Gut geschulte, gut eingestellte Menschen mit Diabetes arbeiten an vielen Stellen. Aber sie sind zu oft noch ein ausgeschlossenes, ungenutztes Potenzial. „Null Risiko“ kann es arbeitstechnisch und arbeitsmedizinisch nicht geben. Es geht um ein bewusstes Abwägen von Risiko und Kompensationsmöglichkeiten. Die oft zitierte „German Angst“ ist dabei nicht hilfreich. Im Gegenteil! Sie verhindert durch dringend an die moderne Diabetologie anzupassende Vorschriften für einzelne Berufsgruppen berufliche Teilhabe. Es ist Zeit, dass Politik, Arbeitsmedizin, Berufsgenossenschaften und Unfallkassen alle Eignungsgrundlagen auf den aktuellen Stand moderner Diabetologie bringen. Risikomanagement baut auf Kompensation. Diese ist heute, nicht nur im Straßenverkehr, sondern auch in den einzelnen Berufs- und Tätigkeitsfeldern, viel, viel besser und leichter denn je möglich.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Düsseldorf, Dezember 2025

STATEMENT

Mit Diabetes am Steuer – Erfahrungen aus dem Alltag eines Betroffenen

Jens Wicklein

Zollbeamter mit Typ-1-Diabetes, Mitglied der freiwilligen Feuerwehr, ehrenamtlich tätig für das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und Besitzer eines PKW-, Bus- und LKW-Führerscheins

Sehr geehrte Damen und Herren,

Diabetes mellitus – viele kennen den Begriff aus den Medien oder vom Bekanntenkreis. Für uns Betroffene ist es tägliche Realität. Eine Erkrankung, die uns ein Leben lang begleitet. Und trotzdem kein Hindernis für ein erfülltes, aktives und leistungsfähiges Leben.

Ich lebe seit meinem 14. Lebensjahr mit Typ-1-Diabetes. Das bedeutet: Mein Körper produziert kein Insulin mehr. Dieses Hormon ist für den Zuckerstoffwechsel lebensnotwendig. Ich muss also die Arbeit meiner Bauchspeicheldrüse durch Blutzuckerkontrolle und Insulingaben selbst übernehmen – rund um die Uhr, jeden Tag, mein ganzes Leben lang.

Das klingt nach einer großen Aufgabe. Und das ist es auch.

Aber mit Disziplin, Verantwortungsbewusstsein und moderner Technik ist fast alles möglich. Genau das zeigt die neue Leitlinie zum Weltdiabetestag:

Menschen mit Typ-1-Diabetes können – bei guter Einstellung und regelmäßiger Kontrolle – grundsätzlich alle Berufe und Tätigkeiten ausüben.

Ich bin ein Beispiel dafür. Ein kurzer Blick auf meinen bisherigen Weg:

Nach der Schule machte ich eine Ausbildung zum Nutzfahrzeugmechaniker. Mit 18 Jahren erwarb ich den LKW-Führerschein, mit 21 den Omnibusführerschein. 2005 begann ich meine Laufbahnausbildung bei der Bundeszollverwaltung. Heute arbeite ich im waffentragenden Ermittlungsbereich – ein Beruf mit hohen Anforderungen an Konzentration, Verantwortung und Belastbarkeit. Zusätzlich engagiere ich mich seit Jahren im Personalrat und in der Schwerbehindertenvertretung.

Neben meinem Beruf bin ich seit über 30 Jahren in der freiwilligen Feuerwehr aktiv. Heute als Hauptbrandmeister mit Lehrgängen in Absturzsicherung, Atemschutz und der Berechtigung, Fahrzeuge, auch Drehleitern, zu führen. Viele Jahre war ich in der Grundausbildung der Feuerwehr tätig.

Seit über 10 Jahren engagiere ich mich auch beim Deutschen Roten Kreuz – als Leiter einer Bereitschaft und als Zugführer im Katastrophenschutz. Mit der medizinischen Qualifikation eines Rettungssanitäters bin ich befugt, einen Rettungswagen zu besetzen und zu fahren. Wenn noch Zeit bleibt, verbringe ich sie mit meinen Pferden oder bei der Jagd in den heimischen Wäldern. Alles Aufgaben, die Konzentration und Verantwortungsbewusstsein verlangen.

Vor einigen Jahrzehnten wäre das für viele Diabetiker kaum denkbar gewesen. Früher war die Blutzuckerkontrolle aufwendig, das Injizieren von Insulin unhandlich, das Risiko einer Über- oder Unterzuckerung ständig präsent. Heute helfen moderne Sensoren, Pumpen und andere digitale Systeme. Sensoren warnen vor kritischen Werten, Pumpen passen die Insulinzufuhr automatisch an oder stoppen sie im Notfall.

Doch Technik allein reicht nicht. Entscheidend ist Selbstdisziplin. Wir müssen täglich unsere Werte prüfen, Insulin anpassen, Arzttermine wahrnehmen, Ernährung und Bewegung im Blick behalten. Das ist ein Aufwand, den viele Nichtdiabetiker kaum nachvollziehen können. Aber genau dieser erhöhte Aufwand macht uns leistungsfähig.

Natürlich gibt es Tage, an denen es nicht perfekt läuft – durch Stress, Infekte oder einfach menschliche Faktoren. Dann braucht es Offenheit und Verständnis, auch von Arbeitgebern und Kollegen. Eine vorübergehende Schwäche ist kein Zeichen von Unfähigkeit, sondern Ausdruck normaler Belastungen – wie sie jeder andere Mensch auch von sich kennt.

Leider gibt es noch viele Vorurteile: Diabetiker seien nicht belastbar, dürften bestimmte Berufe nicht ausüben oder seien ein Sicherheitsrisiko. Diese Vorstellungen stammen aus einer Zeit, in der Medizin und Technik noch nicht so weit waren. Viele Vorschriften und Regelungen sind ebenfalls aus dieser Zeit.

Mit dieser Leitlinie wollen wir zeigen: Diabetes ist kein Ausschlusskriterium. Entscheidend ist nicht die Diagnose, sondern der Mensch dahinter – seine Haltung, sein Verantwortungsbewusstsein und seine Bereitschaft, mit der Erkrankung umzugehen.

Ich bin heute nicht hier, um zu sagen: „Es ist immer einfach.“ Ich bin hier, um zu zeigen: Es ist möglich. Mit Wissen, Disziplin und moderner Medizin können Menschen mit Diabetes alles erreichen – in jedem Beruf, in jeder Lebenssituation.

Vielen Dank.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Grevenbroich, Dezember 2025

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.

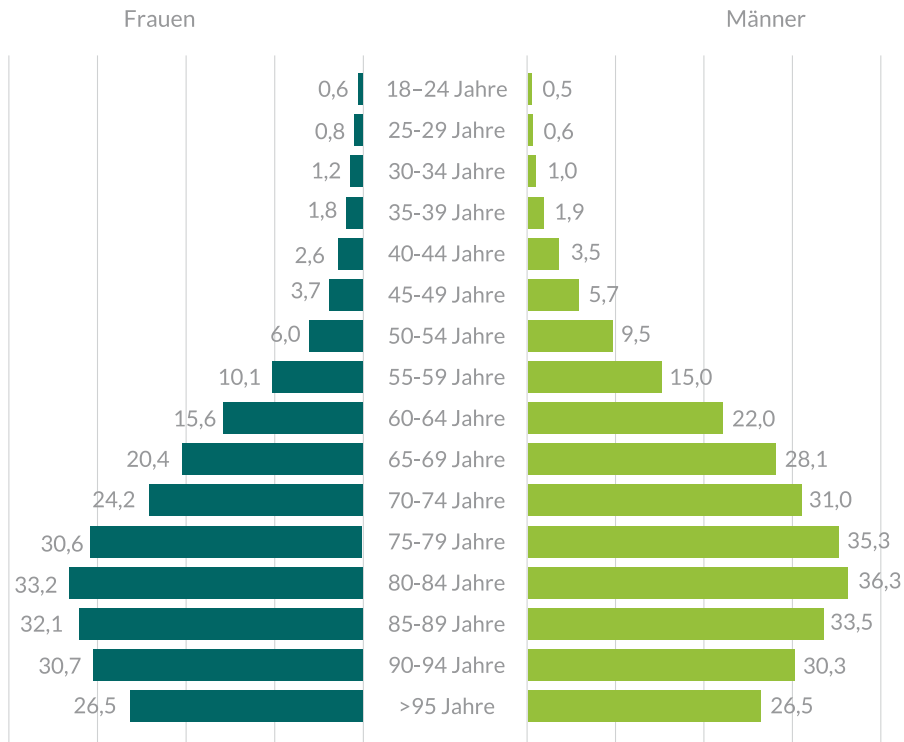
Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024 und 2025

Robert Koch-Institut (RKI)

Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance: Diabetes in Deutschland

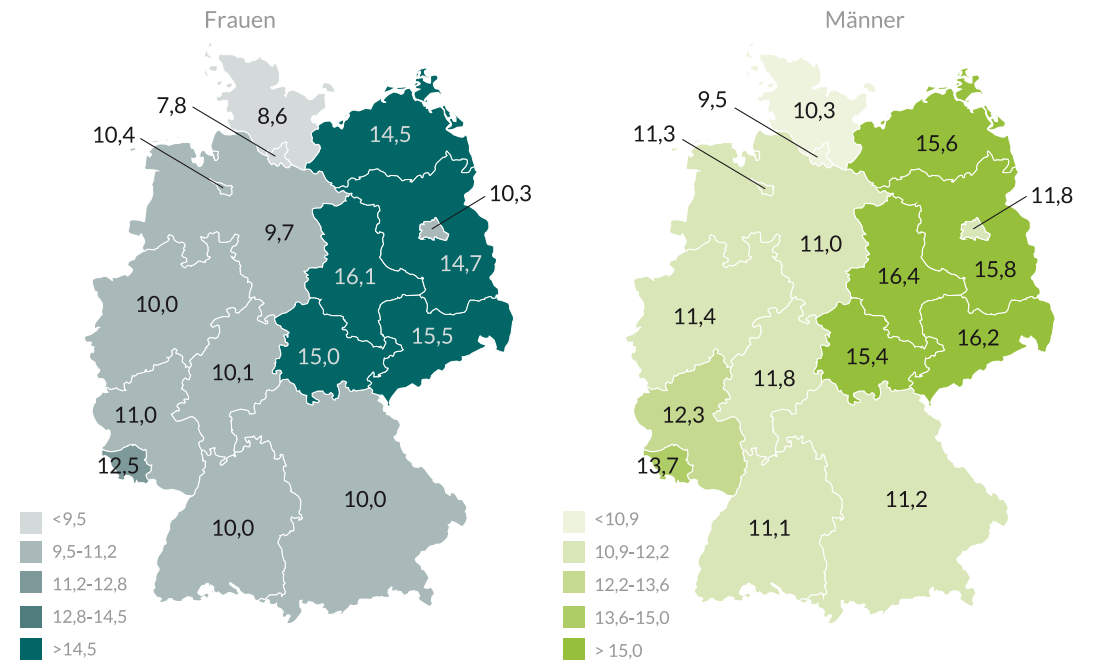
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland
mit der Diagnose Diabetes
(in Prozent im Jahr 2013)



© 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, 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

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 jedes 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