



Vorab-Pressekonferenz

19. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

„Stellenwert des Diabetes in der Pädiatrie: aktueller Stand der Versorgung und Herausforderungen“

Termin: Dienstag, 28. Oktober 2025, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: online unter <https://events.teams.microsoft.com/event/9f9dd328-4601-4a55-957f-7de3e950964d@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Ihre Themen und Referierenden:

Von Lebensstiländerungen bis Abnehmspritze: neue Wege bei Typ-2-Diabetes im Kindesalter?

Professor Dr. med. Karsten Müssig

Tagungspräsident und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie am Franziskus-Hospital Harderberg der Niels-Stensen-Kliniken

Typ-2-Diabetes bei Kindern stoppen: Prävention beginnt in der Politik

Barbara Bitzer

Sprecherin der Deutschen Allianz für Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und Geschäftsführerin der DDG, Berlin

Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen: Therapiefortschritte und Perspektiven

Professorin Dr. med. Beate Karges

Vorstandsmitglied der DDG, Kinderärztin, Schwerpunkt Kinderdiabetologie und Endokrinologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg, und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Endokrinologie & Diabetologie, Uniklinik RWTH Aachen

Wie die Darmflora den Appetit von Kindern beeinflusst

Juniorprofessorin Dr. med. Marie-Christine Simon

Universitätsklinikum Bonn, Leiterin der Forschungsgruppe „Computational Microbiome & Brain Health“ in der Abteilung Bioinformatik von Fraunhofer SCAI

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

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

Auf dem Vormarsch: Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen

DDG bekräftigt Forderung nach verbindlicher Verhältnisprävention

Mannheim, 28. Oktober 2025 – Übergewicht und Adipositas nehmen auch bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland weiter zu. Nach den Daten des Robert Koch-Instituts haben 15,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren Übergewicht, davon etwa 6 Prozent Adipositas. Damit steigt auch das Risiko für Begleiterkrankungen wie Typ-2-Diabetes, von dem 2022 etwa 1.000 Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren betroffen waren. Die jüngste Zulassung des GLP-1-Rezeptoragonisten Liraglutid für junge Patientinnen und Patienten ab 10 Jahren zeigt, wie ernst die Lage ist. Umso dringlicher fordert die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) verbindliche, früh ansetzende Maßnahmen der Verhältnisprävention: von wirksamen Werbeschränkungen für ungesunde Lebensmittel bis hin zu verbindlichen Standards für gesunde Schulverpflegung und Schulsport.

„Die Prävalenz von Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen steigt – auch in Deutschland. Ein früher Beginn bedeutet eine längere Krankheitsdauer, mehr Belastung und ein höheres Risiko für Komplikationen bereits im jungen Erwachsenenalter“, sagt 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. „Nur mit verbindlichen, früh ansetzenden Präventionsmaßnahmen können wir diesen besorgniserregenden Trend wirksam aufhalten.“

Therapie-Optionen: Lebensstil zuerst – Medikamente gezielt

Eine ausgewogene Ernährung bleibt die Basis: Sie verhindert Übergewicht, stabilisiert den Blutzucker, verbessert die Insulinwirkung und senkt den Medikamentenbedarf. „Kurz gesagt: weniger Zucker und Fast Food, mehr Gemüse, Vollkorn und gesunde Fette – am besten mit Familienunterstützung“, so Müssig.

Doch auch Medikamente spielen bei Jugendlichen mit Typ-2-Diabetes eine Rolle. „Eine Herausforderung sind die begrenzten Therapiemöglichkeiten – nur wenige Wirkstoffe wie Metformin oder Liraglutid sind derzeit für Kinder zugelassen“, erklärt der Tagungspräsident. Liraglutid, ein sogenannter GLP-1-Rezeptoragonist, darf in Deutschland inzwischen auch bei Kindern ab 10 Jahren eingesetzt werden – ein Hinweis darauf, wie dringlich das Thema Typ-2-Diabetes bei jungen Menschen inzwischen geworden ist. „Liraglutid, das ist für viele gleichbedeutend mit der bekannten Abnehmspritze. Dabei handelt es sich jedoch in erster Linie um ein Medikament zur Behandlung einer chronischen Stoffwechselerkrankung – und nicht um ein Mittel zur Gewichtsreduktion, womöglich aus kosmetischen Gründen“, betont Müssig.

Für andere Medikamente fehlen bislang Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit im Kindesalter. „Wir müssen herausfinden, welche Therapien für Jugendliche langfristig sicher und wirksam sind. Solange dies nicht geklärt ist, bleibt die wichtigste Maßnahme: Prävention und Aufklärung, um die Krankheit gar nicht erst entstehen zu lassen“, so Müssig.

Verhältnisprävention wirkt – und findet breite Unterstützung

„Es wird derzeit viel und gern über Prävention gesprochen, aber die Politik zieht noch immer die falschen Schlüsse: Es reicht nicht aus, an die Eigenverantwortung zu appellieren und auf Aufklärung oder Bildungsangebote zu setzen. Wir brauchen verbindliche rechtliche Rahmenbedingungen, die die gesunde Wahl für Bürgerinnen und Bürger zur einfachen Wahl machen – unabhängig von Herkunft, Bildungsgrad oder Geldbeutel“, sagt Barbara Bitzer, Sprecherin der Deutschen Allianz für Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und Geschäftsführerin der DDG, Berlin.

Die DDG und das Wissenschaftsbündnis DANK fordern daher umfassende Maßnahmen, um Kinder und Jugendliche wirksam zu schützen: Einschränkung von Werbung für ungesunde Lebensmittel, wenn diese sich an Kinder richtet, eine Herstellerabgabe auf stark zuckergesüßte Getränke und eine Mehrwertsteuerentlastung gesunder Lebensmittel, verbindliche Standards für die Schulverpflegung und mehr Bewegung in Schule und Alltag.

„Ein solches Maßnahmenpaket würde es allen Menschen in Deutschland erleichtern, sich gesund zu ernähren und mehr zu bewegen und könnte mehr Lebensjahre mit guter Lebensqualität garantieren – und Maßnahmen für eine gesündere Ernährung werden von der Bevölkerung klar unterstützt“, so Bitzer. Laut einer Umfrage des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) befürworten über 9 von 10 Menschen die Abschaffung der Mehrwertsteuer auf gesunde Lebensmittel, fast 9 von 10 sprechen sich für strengere Werbeschränkungen zum Schutz von Kindern aus, 79 Prozent unterstützen eine Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke.

Im Mittelpunkt der Vorab-Pressekonferenz anlässlich der Diabetes Herbsttagung stehen neue wissenschaftliche Erkenntnisse und gesundheitspolitische Forderungen zur Prävention und Behandlung von Diabetes im Kindes- und Jugendalter. Auch die Tagung beleuchtet aktuelle Entwicklungen in Prävention, Diagnostik und Therapie und richtet den Blick auf konkrete Schritte hin zu mehr Kinderschutz und Gesundheit im Alltag.

Terminhinweise für Journalistinnen und Journalisten:

Kongress-Pressekonferenz der Diabetes Herbsttagung 2025 (hybrid)

„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 oder [hier online](#).

Eröffnungsveranstaltung und Verleihung der DDG Medienpreise

Termin: Freitag, 7. November 2025, 10:30 Uhr bis 12:00 Uhr

Ort: Congress Center Rosengarten Mannheim, Musensaal

Die DDG Medienpreise 2025 zum Motto „Diabetesversorgung in einer Welt der Krisen“ werden im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung verliehen.

STATEMENT

Von Lebensstiländerungen bis Abnehmspritze: neue Wege bei Typ-2-Diabetes im Kindesalter?

Professor Dr. med. Karsten Müssig

Tagungspräsident und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie am Franziskus-Hospital Harderberg der Niels-Stensen-Kliniken

Eine ausgewogene Ernährung ist die wichtigste Basis der Prävention und Therapie des Typ-2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter.

Prävention verhindert Übergewicht – die Hauptursache für Typ-2-Diabetes –, stabilisiert den Blutzucker und verbessert die Insulinwirkung.

Behandlung hilft, Blutzucker zu kontrollieren, verringert Medikamentenbedarf und schützt vor Folgekrankheiten.

Langfristiger Nutzen entsteht, wenn gesunde Gewohnheiten gefördert werden – am besten mit Unterstützung der Familie.

Kurz gesagt: weniger Zucker & Fast Food, mehr Gemüse, Vollkorn & gesunde Fette

Initiative „SMS. Sei schlau. Mach mit. Sei fit.“

„SMS. Sei schlau. Mach mit. Sei fit.“ zeichnet sich durch ihren integrativen und praxisorientierten Ansatz aus, der Kinder ganzheitlich für ein gesundes Leben sensibilisiert. Durch die Kombination von Bewegung, Ernährung und Entspannung im Schulalltag wird eine nachhaltige Gesundheitsförderung erreicht.

Zielgruppe: Grundschul Kinder

Schwerpunkte: gesunde Ernährung, mehr Bewegung, Stressbewältigung

Besonderheit: ganzheitlicher Ansatz mit praktischen Angeboten wie zwei zusätzlichen Sportstunden, einem „Ernährungsführerschein“ und Entspannungstechniken im Schulalltag

Wissenschaftliche Begleitung: Evaluierung durch das Deutsche Diabetes-Zentrum mit positiven Ergebnissen

Integration: Programm ist fest im Schulalltag verankert.

Zahlreiche Auszeichnungen: u. a. Träger des „GUT DRAUF“-Labels des Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Die Initiative fördert so frühzeitig gesunde Gewohnheiten bei Kindern – praxisnah und nachhaltig.

Zulassung von Abnehmspritzen für Kinder in Deutschland: eine Einordnung der aktuellen Entwicklung

In Deutschland ist Liraglutid (Handelsname: Victoza) als einziger GLP-1-Rezeptoragonist für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 10 Jahren mit Typ-2-Diabetes zugelassen.

Andere GLP-1-Rezeptoragonisten wie Dulaglutid (Trulicity) und Semaglutid (Ozempic) ebenso wie Mounjaro (Wirkstoff: Tirzepatid) sind in Deutschland derzeit nicht für die Anwendung bei Kindern

und Jugendlichen zugelassen aufgrund fehlender Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit dieser Medikamente im Kindesalter.

Relevanz des Themas:

Die Prävalenz von Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen steigt, auch in Deutschland.

Früher Beginn bedeutet längere Krankheitsdauer, mehr Belastung und höheres Risiko für Komplikationen im relativ jungen Erwachsenenalter.

Es bestehen hohe Gesundheitskosten und große Belastungen für das Gesundheitssystem, Familien und Betroffene.

Es ist eine Chance: Je früher präventive Maßnahmen wirken, desto größer ist der Nutzen; bestehende Therapien lassen Raum für Verbesserungen, neue Wirkstoffe und personalisierte Medizin könnten helfen.

Gesellschaftliche Faktoren wie zunehmende Adipositas, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, soziale Ungleichheit, Digitalisierung etc. verschärfen die Problematik.

Die steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen mit Typ-2-Diabetes erfordert dringende Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Aufklärung und frühzeitige Diagnostik. Nur durch ein gemeinsames Engagement von Gesundheitswesen, Schulen und Familien kann dieser Trend gestoppt und die Gesundheit der kommenden Generationen gesichert werden.

Die wichtigsten Herausforderungen und offenen Fragen

1. Früher und aggressiver Verlauf: Komplikationen (z. B. Nierenschäden) treten bei Jugendlichen früher und häufiger auf als bei Erwachsenen.
2. Begrenzte Therapiemöglichkeiten: Nur wenige Medikamente (z. B. Metformin, Liraglutid) sind für Kinder zugelassen.
3. Unklare Diagnosestrategien: Wann und wie Kinder mit Risiko gescreent werden sollten, ist noch nicht einheitlich geregelt.
4. Soziale Ungleichheiten: Kinder aus benachteiligten Familien sind häufiger betroffen – mit schlechterem Zugang zu Prävention und Therapie.
5. Schwierige Lebensstiländerung: Bewegung und Ernährung dauerhaft umzustellen, ist im Jugendalter besonders herausfordernd.
6. Psychische Belastung: Viele Jugendliche entwickeln zusätzlich Depressionen oder Essstörungen.
7. Lücken im Übergang zur Erwachsenenmedizin: Der Wechsel in die Erwachsenenversorgung verläuft oft unkoordiniert.

Kernforderungen der DDG

1. Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel: Verbot an Kinder gerichteter Werbung für stark zucker-, fett- oder salzhaltige Produkte
2. Steuerliche Maßnahmen: Zuckersteuer auf Softdrinks, Steuersenkung auf gesunde Lebensmittel
3. Verbindliche Ernährungsvorgaben: gesunde Schulpflege nach DGE-Standards, Kennzeichnungspflicht (z. B. Nutri-Score)

*Vorab-Presskonferenz im Rahmen der
19. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Dienstag, 28. Oktober 2025, 11.00 bis 12.00 Uhr*

4. Mehr Bewegung in Schule und Alltag: tägliche Sporteinheiten und bewegungsfreundliche Schulumgebung
5. Frühzeitige Programme gegen Adipositas: DMP (Disease Management Programm) Adipositas für Kinder zügig umsetzen, familienbasierte Schulungen fördern
6. Chancengleichheit stärken: spezielle Präventionsangebote für sozial benachteiligte Kinder

Die DDG fordert also gesetzlich verbindliche, strukturelle Maßnahmen - keine freiwilligen Lösungen -, um die steigende Zahl von Typ-2-Diabetes-Erkrankungen im Kindesalter nachhaltig zu senken.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Georgsmarienhütte, Oktober 2025

STATEMENT

Typ-2-Diabetes bei Kindern stoppen: Prävention beginnt in der Politik

Barbara Bitzer

Sprecherin der Deutschen Allianz für Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und Geschäftsführerin der DDG, Berlin

Seit 15 Jahren setzt sich das Wissenschaftsbündnis DANK, dem inzwischen 24 medizinische Fachgesellschaften und Organisationen angehören, für umfassende und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen der Verhältnisprävention ein. Und das langjährige und – für manche – wohl auch unbequeme Engagement des Wissenschaftsbündnisses ist heute relevanter denn je, denn nichtübertragbare Krankheiten kosten wertvolle Lebensjahre und Lebensqualität und bergen zudem das große Potenzial, unser Gesundheitssystem schon in naher Zukunft finanziell und personell zu überfordern.

Aus dem viel gelobten „Exportweltmeister Deutschland“ wird das internationale Schlusslicht im Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten. In diesem Kampf gegen Diabetes Typ 2, Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bestimmte Krebsarten erzielte Deutschland unter den hochentwickelten Ländern noch nach den USA zuletzt die geringsten Fortschritte – so bestätigte es die Weltgesundheitsorganisation Ende September. Fakt ist:

- Deutschland leistet sich eines der teuersten Gesundheitssysteme in Europa und liegt bei der Lebenserwartung dennoch deutlich unter dem EU-Durchschnitt.
- Die Anzahl der Krankheitstage in Deutschland liegt auf Rekordniveau.
- Die Politik diskutiert über die Rente mit 70, nimmt dabei aber überhaupt nicht in den Blick, wie die Menschen länger und gesünder alt werden können, um im Beruf leistungsfähig zu bleiben.
- Die Politik debattiert wöchentlich über hohe Kosten im Sozialsystem, aber das gesellschaftliche und finanzielle Potenzial von echter Prävention bleibt unbeachtet.
- Immerhin: Die Bundesregierung will das sogenannte „begleitete Trinken“ ab 14 Jahren verbieten und prüft erneut auch ein Rauchverbot im Auto, wenn Kinder und Schwangere mitfahren, um vulnerable Gruppen besser vor schädlichen Gesundheitseinflüssen zu schützen.

Dabei zeigen uns andere Länder in Europa seit Jahren, wie mehr Gesundheitsschutz mit gezielter und umfassender Verhältnisprävention gelingen kann. Von einer Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke bis hin zu Werbeschränken für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder richten, und gesunden Ernährungsangeboten in Kita und Schule. Und wir wissen: Diese Maßnahmen wirken! Zwar wird derzeit in verschiedenen Foren und auch auf politischer Ebene viel und gern über Prävention gesprochen, aber zumeist werden die falschen Schlüsse gezogen. Denn allein auf Appelle an die Eigenverantwortung, einzelne Projekte für einen gesunden Lebensstil und freiwillige Maßnahmen der Industrie zu setzen, ist zu wenig. Das haben uns die vergangenen 15 Jahre gezeigt.

Dabei möchte ich noch mal klarstellen: Es geht uns nicht darum, ungesunde Lebensmittel zu verbieten, Eltern Vorschriften zu machen oder Werbung an sich zu verbieten – wie es von der Industrie gerne dargestellt wird. Es geht uns darum, ein Umfeld zu schaffen, das es allen Menschen

leichter macht, sich gesund zu ernähren und sich mehr zu bewegen – unabhängig von der Herkunft, dem Bildungsgrad oder dem Geldbeutel. Die Entscheidung dafür, was im Einkaufswagen und auf dem Teller landet, soll und muss natürlich jeder und jede selbst treffen. Aber wir können das Umfeld, in dem wir leben, so anpassen, damit die gesunde Wahl zur einfachen Wahl wird.

Dabei kommt der Kommunikation eine zentrale Rolle zu, wenn wir die Politik, aber auch die Verbraucherinnen und Verbraucher mitnehmen möchten. Statt von „Verboten“ und „höheren Steuern“ zu sprechen, die schon per se negativ besetzt sind, sollten wir die Chancen dieser Maßnahmen betonen, denn sie schränken nicht ein, sondern sichern wertvolle Lebensjahre mit einer hohen Lebensqualität.

Und dabei haben wir die Menschen in unserem Land an unserer Seite – anders, als es uns die Politik oftmals suggerieren möchte. Eine Studie des Verbraucherzentrale Bundesverbands aus dem Sommer zeigt, dass die Mehrheit politische Maßnahmen für eine gesündere Ernährung befürwortet. Mehr als neun von zehn der Befragten halten es demnach für sehr oder eher sinnvoll, die Mehrwertsteuer auf gesunde Lebensmittel wie Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte abzuschaffen. Fast neun von zehn der Befragten sprechen sich für strengere Werbebeschränkungen für Produkte mit viel Fett, Zucker und Salz zum Schutz von Kindern aus. 79 Prozent befürwortet eine Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke, um Hersteller zu motivieren, den Zuckergehalt zu reduzieren.

Und genau darum geht es: Um den Schutz dieser und der nächsten Generationen und um mehr Lebensqualität für alle Menschen – unabhängig von ihrer Herkunft, dem Bildungsgrad und dem Geldbeutel. Es ist keine persönliche Einschränkung oder ein Verlust von Lebensqualität oder Lebensfreude, wenn Werbung für Zuckerbomben nicht mehr ungebremst die Kinderzimmer flutet oder die Hersteller von stark gesüßten Limonaden mit einer Abgabe dazu angeregt werden, ihre Rezepturen anzupassen und den Zuckergehalt in diesen Getränken zu reduzieren. Ganz im Gegenteil: Mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung oder ein gesundheitsförderndes Steuersystem, das gesunde Produkte entlastet und gesundheitsschädliche höher besteuert, sichern Chancengleichheit, gesellschaftlichen Zusammenhalt und am Ende auch das Wirtschaftswachstum, das sich die Bundesregierung auf ihre Fahnen geschrieben hat.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Oktober 2025

STATEMENT

Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen: Therapiefortschritte und Perspektiven

Professorin Dr. med. Beate Karges

Vorstandsmitglied der DDG, Kinderärztin, Schwerpunkt Kinderdiabetologie und Endokrinologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg, und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Endokrinologie & Diabetologie, Uniklinik RWTH Aachen

Was haben wir erreicht?

- Analoginsuline haben – im Vergleich zu Humaninsulinen – günstigere Wirkungsprofile und werden bei fast allen Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (T1D) eingesetzt.
- Insulinpumpen ermöglichen – anders als Insulin-Pens – eine kontinuierliche, fein dosierte, variable Insulinzufuhr und werden bei über 70 Prozent der jungen Personen mit T1D genutzt.
- Die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) über Sensoren mit Realtime-Anzeige und Alarmfunktion hat die blutige Messung weitgehend ersetzt.
- Automatisierte Insulinabgabesysteme (AID), die die Insulinzufuhr über Algorithmen steuern, das heißt, sie drosseln die Insulinzufuhr bei drohender Hypoglykämie und steigern die Insulinzufuhr bei anhaltender Hyperglykämie, werden jetzt bei über 50 Prozent der Kinder genutzt.
- Forschungsdaten aus DPV-Verbund zeigen: Die T1D-Therapie ist in Deutschland effektiver und gleichzeitig sicherer als vor 20 Jahren, HbA_{1c}-Ziel wurde 2023 bei mehr als 40 Prozent erreicht (1995 nur bei 24 Prozent), Rückgang schwerer Hypoglykämien von 15 Prozent (2001) auf 3 Prozent (2023) jährlich; das bedeutet auch mehr Lebensqualität für Personen mit T1D.

Aufgaben an die Wissenschaft und aktuelle Versorgungslücken

- T1D-Neuerkrankungen steigen laut RKI um 2,9 Prozent pro Jahr, dies erfordert Forschung zu auslösenden Umweltfaktoren und die Entwicklung effektiver, sicherer Immuntherapeutika.
- Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen mit T1D beobachtet, Adipositas von 1 Prozent (1995) auf 5 Prozent (2023) gestiegen, verlangt präventive Maßnahmen.
- Verfügbarkeit bewährter Insuline sowie Glukosesensoren, Transmittern, Insulinkathetern, Insulinpumpen ohne Lieferengpässe sicherstellen
- Sehr hoher Schulungsbedarf, um Diabetestechnologie sicher anzuwenden; auch bei AID-System muss Insulindosis vor Mahlzeiten jeweils neu berechnet und abgegeben werden; Anpassung beim Sport, Vermeidung von Ketoazidosen.
- Transition von Jugendlichen in Erwachsenenmedizin ist lückenhaft finanziert.
- Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit T1D in der Schule ist unzureichend.

Gesundheitspolitische Forderungen

- Ambulante und stationäre Versorgung adäquat finanzieren: hoher Personalbedarf für kind-/jugendgerechte Schulung dieser vulnerablen Gruppe; Komorbiditäten sind unter anderem psychische Erkrankungen, Essstörungen, Zöliakie; aufwendige Therapie erfolgt altersadaptiert, personalisiert und interdisziplinär mit Diabetesberater und

Diabetesberaterinnen, Kinderdiabetologen und Kinderdiabetologinnen, Psychologen und Psychologinnen

- Flächendeckende Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften: zur Betreuung chronisch kranker Kinder außerhalb von Familie und Praxis, vermittelt Bildungsauftrag über gesunde Ernährung und sportliche Aktivität als Beitrag zur Gesundheit; WHO empfiehlt eine Stunde Bewegung am Tag für Kinder, das heißt auch Ausbau von Sport- und Bewegungsangeboten.
- Finanzierung von Qualitätssicherung erforderlich: Monitoring und Evaluation von Therapieergebnissen, zum Beispiel im DPV-Register, dienen Qualitätskontrolle und Benchmarking; gleichzeitig sind Register wichtige Werkzeuge der Versorgungsforschung und ergänzend zu randomisierten Studien eine Grundlage für Evidenz von Therapiefortschritten.

Quellen

- Holl RW, Karges B, Neu A. Therapieergebnisse bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes: Was haben wir in den letzten 30 Jahren erreicht? *Kinder- und Jugendmedizin* 25(4):205-208, 2025
- Robert Koch Institut Diabetes Surveillance
- Karges B, Knip M. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(1):6-7, 2025
- Pressemitteilung „Pädiatrische Verbände fordern zügige Implementierung des DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche“, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 17.07.2025
- Statement der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG zu Änderungen der Verfügbarkeit von Insulinen ab 2025, Oktober 2024
- Karges B et al. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(2):88-96, 2025
- Pressemitteilung „Wenn Jugendliche erwachsen werden“, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 17.07.2025
- Pressemitteilung „Schulgesundheitspflege in Deutschland – massiver Nachholbedarf“, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin vom 17.07.2025
- WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030
- S3-Leitlinie Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, DDG 2023, S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. Version 4: https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-016l_S3_Diagnostik-Therapie-Verlaufskontrolle-Diabetes-mellitus-Kinder-Jugendliche_2023-11.pdf
- Gregg EW et al. *Diabetes Care* 46(7):1316-1326, 2023

Interessenskonflikte: keine

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Aachen, Oktober 2025

STATEMENT

Wie die Darmflora den Appetit von Kindern beeinflusst

Juniorprofessorin Dr. med. Marie-Christine Simon

Universitätsklinikum Bonn, Leiterin der Forschungsgruppe „Computational Microbiome & Brain Health“ in der Abteilung Bioinformatik von Fraunhofer SCAI

Die Darmflora – oder das Intestinalmikrobiom – gewinnt zunehmend Bedeutung als regulatorischer Faktor im Kindesalter, nicht nur im Hinblick auf Stoffwechsel und Immunsystem, sondern auch auf Appetit- und Essverhalten. In diesem Statement möchte ich zunächst die Rolle von Probiotika beleuchten, aktuelle Entwicklungen darstellen, zentrale Herausforderungen aufzeigen, Nutzen für Kinder und Eltern ableiten und abschließend gesundheitspolitische Forderungen formulieren.

Probiotika und Mikrobiom im Kindesalter

Das kindliche Darmmikrobiom ist in den ersten Lebensjahren in besonderem Maße formbar: Geburtsmodus, Stillen, Einführung fester Nahrung sowie Antibiotikagaben beeinflussen die Zusammensetzung der mikrobiellen Gemeinschaft. Ein etabliertes Mikrobiom kann als „gesund“ betrachtet werden, wenn es hinsichtlich Diversität, Funktion und Stoffwechselaktivität günstig ausgeprägt ist. Dennoch gilt: Ein gesundes Mikrobiom schützt nicht zuverlässig vor der Entstehung eines Typ-1-Diabetes, da dieser Autoimmunerkrankung komplexe genetische und umweltbedingte Faktoren zugrunde liegen.

Probiotika – lebende Mikroorganismen, die bei ausreichender Aufnahme gesundheitliche Vorteile bieten können – werden häufig diskutiert. Zum Kindesalter existieren folgende Hinweise:

- Eine Analyse von Studien zu Wachstum in Entwicklungsländern zeigte, dass Probiotika bei mangelernährten Kindern das Wachstum fördern könnten, in Industrieländern jedoch bisher keine klaren Effekte nachgewiesen wurden.
- Eine Metaanalyse bei übergewichtigen oder adipösen Kindern fand Hinweise darauf, dass Probiotika Lipid- und Entzündungsmarker beeinflussen können (zum Beispiel LDL, HDL, Adiponectin, Leptin, TNF- α), jedoch nicht zwingend auf eine signifikante Gewichtsabnahme.
- Eine prospektive Kohortenstudie zeigte: Kinder im Alter von 0–3 Jahren, die Probiotika mit bestimmten Stämmen erhielten (zum Beispiel *Bifidobacterium longum* subsp. *infantis* R0033, *Bifidobacterium bifidum* R0071, *Lactobacillus helveticus* R0052), hatten ein reduziertes Risiko für Übergewicht beziehungsweise Adipositas im Vorschulalter (Odds Ratio für Übergewicht \approx 0,88, für Adipositas \approx 0,82) im Vergleich zu Kindern ohne Probiotikagabe.
- Wichtiger Hinweis: Diese Daten betreffen primär Gewichts- und Fettmasse-Entwicklung – der direkte Einfluss auf Appetit-Hormone oder Essverhalten bei gesunden Kindern ist noch kaum belegt.

Zusammenfassend: Probiotika können im Kindesalter potenziell modulieren – insbesondere beim Risiko für Gewichtszunahme –, aber sie sind kein Konzept, das allein die Appetitregulation vollständig steuern oder eine Typ-1-Diabetes-Entstehung verhindern würde.

Neueste Entwicklungen und Relevanz

In den letzten Jahren haben sich folgende Entwicklungen herauskristallisiert:

- Mechanistische Studien zeigen, dass mikrobielle Metaboliten – etwa kurzkettige Fettsäuren (SCFA), Aminosäure-Derivate, GABA, Tryptophan-Metaboliten – auf enteroendokrine Zellen oder das Zentralnervensystem (ZNS) wirken und so Appetit-regulierende Hormone (zum Beispiel GLP-1, PYY, Ghrelin, Leptin) beeinflussen können.
- So berichtete eine junge Studie, dass das Mikrobiom mit Appetitsuppression in bestimmten Settings assoziiert war („*gut microbiota associated with appetite suppression in HTH*“) – dies liefert neue Hinweise darauf, dass Veränderungen im Mikrobiom mit Hunger- und Sättigungssignalen verknüpft sind.
- Bei Kindern mit Übergewicht zeigen Übersichtsarbeiten, dass eine niedrigere Diversität des Darmmikrobioms und spezifische Veränderungen (zum Beispiel Verhältnis Firmicutes zu Bacteroidetes, reduzierte *Akkermansia muciniphila*-Abundanz) bestehen.
- Darüber hinaus wird der Einfluss der Ernährung – etwa Ballaststoffe, Prä-/Probiotika, Qualität der Nahrung – auf Mikrobiom und Appetitregulation untersucht: Studien zeigen bei Kindern mit Übergewicht, dass eine Präbiotikagabe (zum Beispiel Inulin) über 16 Wochen die subjektiven Appetitbewertungen verbesserte und Ghrelin- sowie Adiponectinspiegel beeinflusste.
- Kinder- und Jugendadipositas bleiben ein zentrales gesundheitliches Problem mit langfristigen Folgen (zum Beispiel Typ-2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen). Das Mikrobiom bietet hier einen zusätzlichen Ansatzpunkt neben Ernährung und Bewegung.
- Frühkindliche Programme zur „gesunden Ernährung“ gewinnen durch diesen biologischen Ansatz an Bedeutung: Wenn das Mikrobiom früh beeinflusst werden kann, könnten langfristig das Essverhalten und Risikoprofil moduliert werden.
- Aus diabetologischer Sicht ist die Appetit- sowie Ernährungsregulation in der Prävention von Typ-2-Diabetes und metabolischen Folgen bei Kindern von großer Bedeutung – auch wenn Typ-1-Diabetes durch andere Mechanismen getrieben wird.

Herausforderungen und offene Fragen

Trotz der vielversprechenden Ansätze bleiben zentrale offene Fragen:

- **kausale Zusammenhänge:** Viele Studien sind beobachtend oder in Tiermodellen. Es fehlt die robuste Evidenz in langen randomisierten Studien bei Kindern, dass bestimmte Mikrobiomprofile direkt Appetitverhalten beeinflussen.
- **individuelle Variabilität:** Jedes Kind bringt eine eigene Mikrobiom- und Genetik-Konstitution mit. Es ist bislang unklar, welche Stämme bei welchem Kind sinnvoll sind beziehungsweise welcher „Mikrobiom-(Appetit-)Typ“ existiert.
- **spezifische Stämme / Dosierung:** Welche Probiotika-Stämme sind bei Kindern am wirksamsten? Welche Dosierung? Wie lange? In welchen Altersphasen? Diese Fragen bleiben offen.
- **langfristige Wirkung und Sicherheit:** Besonders bei gesunden Kindern sind Langzeitdaten zu Probiotika oder Präbiotika zur Appetitregulation noch spärlich – und es ist Vorsicht geboten.

- **Abgrenzung zu Erkrankungen:** Zwar könnte eine gesündere Darmflora helfen, Übergewicht oder Appetitdysregulation zu verringern – aber sie ist keine Garantie gegen die Entstehung von Autoimmunerkrankungen wie Typ-1-Diabetes. Hier müssten Eltern vorsichtig sein mit hochtrabenden Versprechen.

Konkreter Nutzen für Patientinnen und Patienten / Familien & Empfehlungen

Für Eltern und Kinder lassen sich folgende praxisrelevante Empfehlungen ableiten:

- Eine **ballaststoffreiche Ernährung** mit Gemüse, Vollkorn, Hülsenfrüchten fördert ein günstiges Mikrobiom und damit indirekt eine bessere Appetit- und Gewichtskontrolle. Studien zeigen: Ballaststoffe und deren Fermentation durch Mikrobiom verbessern Sättigung und modulieren Hormone.
- Der Einsatz von Probiotika bei Kindern sollte **immer in Rücksprache mit Kinder- oder Ernährungsmedizin erfolgen**, insbesondere wenn es um gezielte Appetitmodulation geht. Bei gesunden Kindern besteht **keine Evidenz** dafür, dass Probiotika allein Appetitprobleme lösen.
- Aufmerksamkeit auf **frühkindliche Einflüsse**: Stillen, schonende Einführung fester Nahrung, Vermeidung unnötiger Antibiotika bei Kindern können das Mikrobiom günstig beeinflussen.
- Eltern sollten **nicht allein auf Mikrobiom-Produkte setzen** und dabei andere bewährte Maßnahmen (regelmäßige Mahlzeiten, altersgerechte Portionen, Bewegung, gutes Schlaf- und Essrhythmus-Verhalten) vernachlässigen.
- Wenn Kinder über einen langen Zeitraum **gestörten Appetit** haben (zum Beispiel wenig Hunger, übermäßiger Hunger, Unruhe beim Essen), sollte frühzeitig eine ärztliche Abklärung erfolgen – nicht allein auf Mikrobiom-Interventionen vertrauen.

Gesundheitspolitische Forderungen

Aus Sicht der DDG beziehungsweise diabetologischen Gemeinschaft ergeben sich folgende gesundheitspolitische Forderungen:

- Erhöhung der **Fördermittel für Forschung** zum kindlichen Mikrobiom, insbesondere für Langzeit-Interventionsstudien mit Fokus auf Appetit- und Essverhalten bei Kindern
- Förderung von **Bildungs- und Öffentlichkeitskampagnen**, die die Bedeutung einer frühen „mikrobiom“ bewussten Ernährung vermitteln – nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zu Ernährung und Bewegung
- Integration von Mikrobiom-Aspekten in **Leitlinien zur kindlichen Ernährung** und Prävention von Stoffwechselerkrankungen – zum Beispiel Schul- und Kita-Programme, gegebenenfalls mit Fokus auf Ballaststoffe
- Regulierung und **Qualitätskontrolle von Probiotika** insbesondere bei Produkten, die für Kinder vermarktet werden mit Appetit- oder Gewichtsziel – hier Transparenz über Evidenz und Wirkmechanismen nötig
- Förderung eines **interdisziplinären Ansatzes**: Pädiatrie, Ernährungsmedizin, Mikrobiom-Forschung, Psychologie und Public Health müssen stärker vernetzt werden, um Mikrobiom-gesteuerte Prävention umzusetzen.

Fazit

Das Darmmikrobiom stellt einen vielversprechenden Ansatz dar, um Appetit- und Essverhalten bei Kindern – insbesondere im Kontext der Adipositas- und Stoffwechselprävention – besser zu verstehen und potenziell zu beeinflussen. Probiotika und Präbiotika können Teil eines größeren Ansatzes sein, sollten aber weder überbewertet noch isoliert betrachtet werden. Wichtiger sind Ernährung, Lebensstil und frühkindliche Einflussfaktoren. Für die diabetologische Praxis gilt: Mikrobiom-Modulation kann eine Ergänzung sein – nicht jedoch Ersatz für etablierte Präventionsmaßnahmen und nicht als Mittel zur Verhinderung von Typ-1-Diabetes. Gezielt geförderte Forschung und bewusste Umsetzung in der Praxis sind nun erforderlich, damit Kinder von den Konzepten profitieren können.

Literatur

1. Yu M, et al. The effects of gut microbiota on appetite regulation and the neuroendocrine system. *J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2024.
2. Van de Wouw, et al. Gut microbiota-derived metabolites as key regulators of appetite and host energy homeostasis. *Microbiome*. 2021;9(1):82.
3. Wu Y, et al. Gut microbiota associated with appetite suppression in high-temperature and high-humidity environments. *EBioMedicine*. 2024.
4. Forcina G, et al. Targeting the Gut Microbiota in Pediatric Obesity. *Nutrients*. 2025;17(18):2942.
5. Zhang M, et al. Early supplement of probiotics reduces the risk of obesity among children aged 0–3 years. *Front Nutr*. 2025;12:1597894.
6. Systematic review: Dietary fiber for the prevention of childhood obesity – integrating gut microbiota. *Nutr Rev*. 2024.
7. Review: Gut Microbiota and Obesity in Adults and Children: The State of the Art. *Frontiers in Pediatrics*. 2021.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Bonn, Oktober 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.

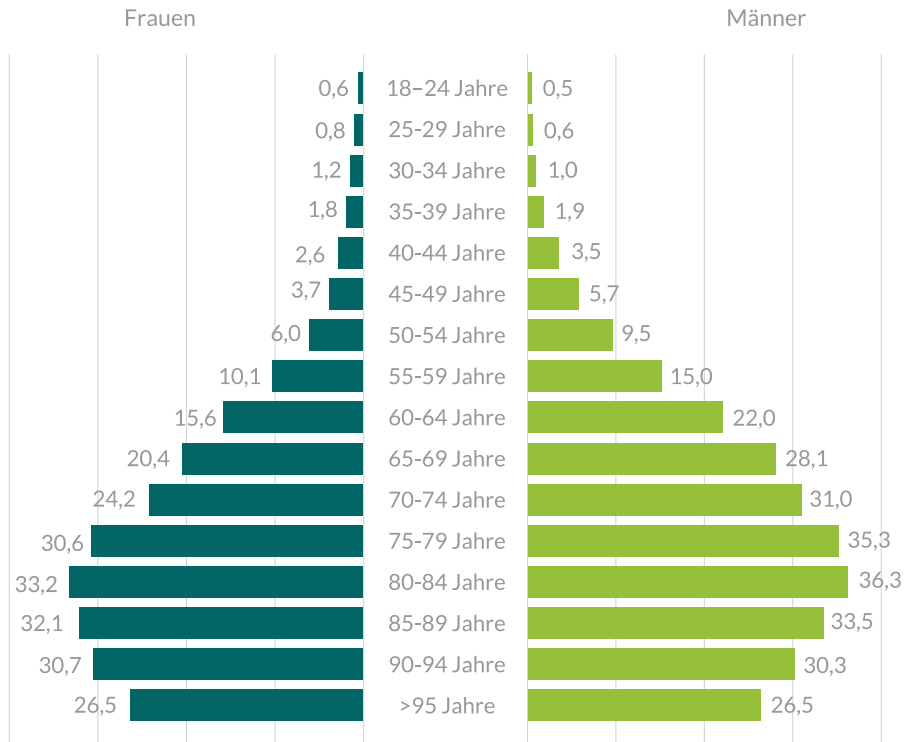
Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024 und 2025

Robert Koch-Institut (RKI)

Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance: Diabetes in Deutschland

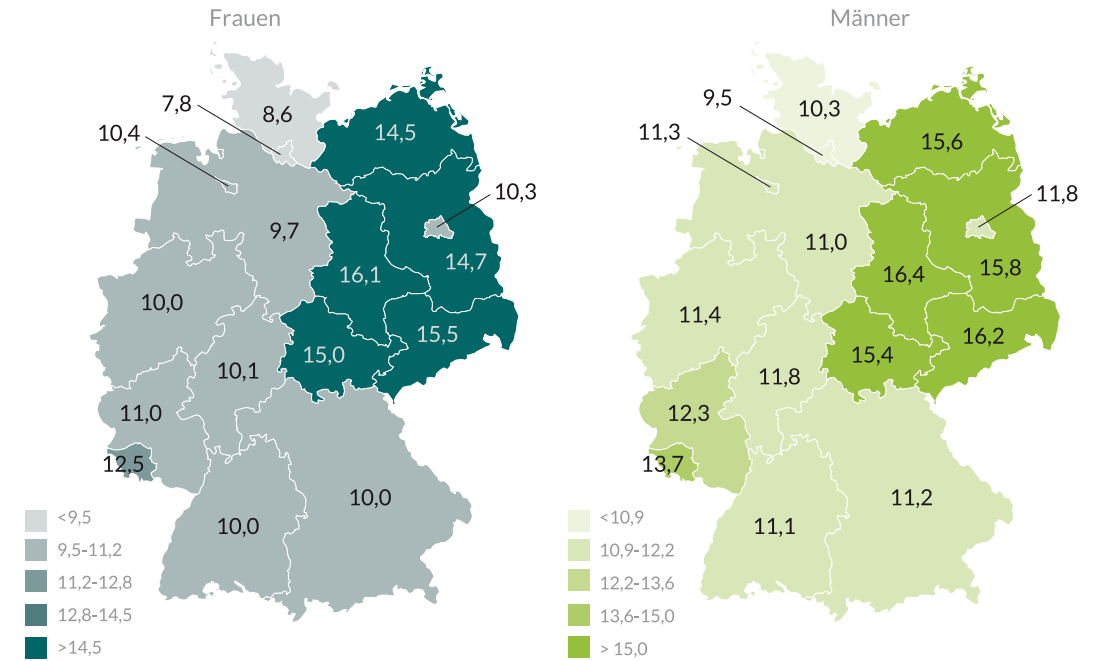
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© 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, Rüttschle H, Seidel J, Lepler R, Holder M, Rosenbauer J, Icks A. Costs of paediatric diabetes care in Germany: current situation and comparison with the year 2000. Diabet Med. 2012; 29:1327-1334

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

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

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören:

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

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Gesundheitspolitisches Engagement:

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

Interne Organisation:

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

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle DDG

Michaela Richter/Christina Seddig

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

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

richter@medizinkommunikation.org

seddig@medizinkommunikation.org



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 oder online unter

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_4I7mgiHaQKqI3H1sdTeMWQ#/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

Experte/Expertin (angefragt)

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: Anne-Katrin Döbler, 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