

Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Dienstag, 24. Februar 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr
Vor Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1–2,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin
oder im Livestream

Mittendrin oder abgehängt – wie sozial gerecht ist die Diabetesversorgung in Deutschland?

Themen und Referierende:

Gleiche Diagnose, ungleiche Chancen? – Warum Frauen mit Diabetes häufiger übersehen, anders behandelt und schlechter versorgt werden

Professorin Dr. Julia Szendrödi

Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Postleitzahl oder Bildung – was entscheidet heute über gute Diabetesversorgung?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Apps, Daten, Algorithmen – wer profitiert von der Digitalisierung und wer bleibt zurück?

Dr. med. Tobias Wiesner

Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig

Arbeiten, leben, teilhaben – das neue Positionspapier der DDG „Diabetes und Arbeit“ zeigt auf, warum Diabetes noch immer soziale Ausgrenzung bedeutet

Dr. med. Wolfgang Wagener

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

Moderation: Michaela Richter, 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

PRESEMITTEILUNG

Welttag der sozialen Gerechtigkeit am 20. Februar 2026

DDG fordert faire Chancen im Beruf für Menschen mit Diabetes

Berlin, 24. Februar 2026 – Anlässlich des Welttages der sozialen Gerechtigkeit am 20. Februar macht die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) auf Benachteiligungen von Menschen mit Diabetes im Berufsleben aufmerksam. Fast 10 Millionen Menschen in Deutschland leben mit der Stoffwechselerkrankung, die meisten von ihnen im erwerbsfähigen Alter. Dennoch gelten in einigen Bereichen weiterhin pauschale Ausschlüsse – etwa bei Polizei, Bundeswehr oder im Luftverkehr. In seinem neuen Positionspapier „Diabetes und Arbeit“ fordert der Ausschuss Soziales der DDG eine individuelle, statt diagnosebezogene Beurteilung gemäß den rechtlichen Rahmenbedingungen des Arbeitsschutzgesetzes. Auf der [Jahrespressekonferenz am 24. Februar 2026](#) in Berlin stellt die DDG das Positionspapier vor und beleuchtet darüber hinaus soziale Ungleichheit aus den Perspektiven Gender, Digitalisierung sowie regionale Unterschiede in Diagnostik und Therapie.

Der Aktionstag weist weltweit auf Armut, fehlende Teilhabe und Diskriminierung hin. Im Sinne einer Chancengleichheit und fairen Arbeitsbedingungen. gehört aus Sicht der DDG die gleichberechtigte berufliche Teilhabe von Menschen mit chronischen Erkrankungen dazu. „Diabetes ist in den allermeisten Fällen kein Hindernis für eine sichere und verantwortungsvolle Berufsausübung“, sagt Dr. med. Wolfgang Wagener, Vorsitzender des Ausschusses Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Ärztlicher Referent bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und Diabetologe in Düsseldorf. „Moderne Therapien haben das Risiko schwerer Unterzuckerungen deutlich gesenkt.“ So überwachen kontinuierliche Glukosemesssysteme (CGM) den Gewebezucker rund um die Uhr und warnen frühzeitig. Systeme zur automatisierten Insulinabgabe (AID) passen die Insulinzufuhr an. Neue Medikamente für Menschen mit Typ-2-Diabetes senken den Blutzucker, ohne Unterzuckerungen auszulösen. Vor allem die 2025 aktualisierte AWMF-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ zeigt, wie sehr sich die Sicherheit durch moderne Behandlung verbessert hat.

Pauschale Verbote stehen im Widerspruch zum Recht

Trotz dieser innovativen Entwicklungen bestehen jedoch in Deutschland weiter pauschale Ausschlüsse für Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes, unter anderem bei Polizei, Bundeswehr oder in Teilen der Luft- und Seefahrt. Im internationalen Vergleich wird hierzulande oft restriktiver entschieden.

Das DDG Positionspapier stellt klar: Pauschale Berufsverbote widersprechen dem Gleichheitsgebot des Grundgesetzes sowie dem Arbeitsschutzgesetz. Arbeitsmedizinische Beurteilungen müssen individuell und arbeitsplatzbezogen erfolgen. „Eine Diagnose allein darf kein Ausschlusskriterium sein. Entscheidend sind die individuelle Stoffwechseleinstellung, die Schulung und das konkrete Risiko“, betont Wagener. Er warnt davor, dass pauschale Regelungen dazu führen, dass Betroffene aus Angst vor Nachteilen ihre Erkrankung verschweigen. „Wenn Betroffene nicht offen mit der Erkrankung umgehen können, erhöhen sich mögliche Risiken, statt sie zu senken“, so Wagener.

Verantwortung teilen – Sicherheit stärken

Gut geschulte und verantwortungsbewusste Menschen mit Diabetes können nach Einschätzung der Experten fast alle Tätigkeiten sicher ausüben. Voraussetzungen sind gezielte Schulung sowie ein gutes Selbstmanagement mit regelmäßiger Kontrolle und angepasster Therapie.

Zugleich fordert die Fachgesellschaft geeignete betriebliche Rahmenbedingungen. Dazu gehören Zeit für Glukosemessungen, Mahlzeiten oder Arzttermine sowie Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, etwa zu Bewegung und Ernährung. „Soziale Gerechtigkeit in der Diabetesversorgung bedeutet, Barrieren abzubauen – auch im Berufsleben. Moderne Medizin darf nicht an veralteten Regelwerken scheitern“, erklärt Professorin Dr. Julia Szendrödi, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg. Die DDG fordert Politik, Arbeitgeber und sicherheitsrelevante Branchen auf, bestehende Vorschriften an den aktuellen Stand der Diabetologie anzupassen und individuelle Beurteilungen zur Regel zu machen. So lasse sich Sicherheit gewährleisten und zugleich Diskriminierung abbauen.

Das neue Positionspapier „Diabetes und Arbeit“ ist ein Schwerpunkt der DDG Jahrespressekonferenz am 24. Februar 2026 in Berlin, die unter dem Titel **„Mittendrin oder abgehängt – Wie sozial gerecht ist die Diabetesversorgung in Deutschland?“** stattfindet. Dort beleuchten Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft soziale Ungleichheit in der Diabetesversorgung aus den Perspektiven Gender, regionaler Unterschiede, Digitalisierung und beruflicher Teilhabe.

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9300 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
Tel.: 0711 8931-516/-652, Fax: 0711 8931-167
richter@medizinkommunikation.org
seddig@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

Digitalisierung in der Medizin darf soziale Ungleichheit nicht vergrößern

DDG warnt vor einer wachsenden digitalen Kluft in der Diabetesversorgung

Berlin, 24. Februar 2026 – Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), kontinuierliche Glukosemessung (CGM) und algorithmengestützte Systeme (AID) verbessern die Diabetesprävention und -therapie erheblich. Doch nicht alle Menschen mit Diabetes profitieren gleichermaßen von diesen Fortschritten, kritisiert die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Wer keinen Zugang zu Technik, ausreichende digitale Kompetenz hat, oder aber eine analoge Versorgung bevorzugt, drohe abgehängt zu werden. Die DDG stellte auf ihrer heutigen Jahrespressekonferenz in Berlin konkrete Forderungen für eine sozial gerechte Digitalisierung in der Diabetesversorgung vor.

Technische Errungenschaften wie DiGA, CGM und AID stärken das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten. Sie ermöglichen eine engere Vernetzung zwischen Betroffenen und ihren Behandlungsteams. „Wir sehen täglich, dass digitale Tools die Therapietreue verbessern und individualisierte Unterstützung bieten“, sagte Dr. med. Tobias Wiesner, Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), auf der heutigen Jahrespressekonferenz der DDG in Berlin. „Diabetes ist eine Datenmanagement-erkrankung. Täglich entstehen zahlreiche Daten zu Blutzuckerwerten, Ernährung oder Insulindosen. Digitale Anwendungen könnten helfen, diese Informationen sinnvoll zu nutzen.“ Eine vernetzte Infrastruktur könne personalisierte Therapien fördern, neue wissenschaftliche Erkenntnisse ermöglichen und gesundheitspolitische Entscheidungen auf eine solide Datenbasis stellen, so Wiesner.

Die Gefahr der digitalen Kluft

Gleichzeitig warnte der niedergelassene Diabetologe aus Leipzig vor sozialer Ausgrenzung: „Wenn der Zugang zu Versorgung an technische oder soziale Voraussetzungen geknüpft ist, verschärfen wir bestehende Ungleichheiten“, betonte Wiesner. Menschen mit geringem Einkommen verfügten oft nicht über geeignete Endgeräte oder stabile Internetverbindungen. Hinzu komme eine geringe digitale Gesundheitskompetenz. Komplexe Anwendungen, Fachsprache oder fehlende Mehrsprachigkeit erschwerten die Nutzung. Auch algorithmische Verzerrungen seien ein Risiko: Wenn Systeme vor allem mit Daten privilegierter Gruppen trainiert würden, könnten Benachteiligte schlechtere Empfehlungen erhalten. Zudem sei es wichtig, auch das Bedürfnis nach ausschließlich analoger Diabetesversorgung zu respektieren. „Menschen mit Diabetes, die nicht an der Digitalisierung teilnehmen wollen, sollten ein Recht auf analoge Teilhabe, Freiheit von digitalem Zwang und Schutz vor technologischer Diskriminierung in der Diabetesversorgung erhalten“, betont Wiesner.

Ein weiteres Problem beschrieb Wiesner als „Präventionslücke“: Digitale Angebote erreichten häufig vor allem gesundheitsbewusste und technikaffine Personen. Gerade Menschen in prekären Lebenslagen, die ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen tragen, würden seltener erreicht.

Versorgung darf nicht von individueller Lebenslage abhängen

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ergänzte: „Digitale Lösungen können die Versorgung verbessern. Sie dürfen aber nicht dazu führen,

dass soziale Unterschiede weiterwachsen.“ Entscheidend sei, Strukturen so zu gestalten, dass alle Versicherten profitieren – unabhängig von Bildung, Einkommen, digitaler Affinität oder Postleitzahl. Wer Informationen nicht einordnen könne oder keinen Zugang zu digitalen Angeboten habe oder haben wolle, profitiere nicht von technischen Innovationen. „Gesundheitskompetenz ist ein Schlüsselfaktor – doch bislang fehlt es an konsequenten politischen Maßnahmen, um sie in allen Bevölkerungsgruppen nachhaltig zu stärken“, erklärte Gallwitz auf der Pressekonferenz.

Digitales Disease Management (dDMP): Weichen für bessere Versorgungsstrukturen stellen

Damit Digitalisierung nicht zur sozialen Hürde wird, muss sie strukturell richtig aufgesetzt sein. Entscheidend ist dabei die Ausgestaltung des dDMP. Wiesner betonte auf der Pressekonferenz, dass ein dDMP mehr als eine reine technische Ergänzung des bisherigen DMP sei. Es könne die Diabetesversorgung erstmals flächendeckend und sektorenübergreifend verbinden – also Arztpraxis, Klinik und weitere Beteiligte. „Damit das gelingt, müssen jedoch klare gesetzliche Vorgaben geschaffen werden wie die transsektorale Einbindung des dDMP, die Auflösung von Doppelstrukturen mit dem DMP und die Schaffung von einheitlichen Schulungs- und IT-Strukturen“, so Wiesner. Die DDG gestaltet diesen Prozess derzeit aktiv, um das Gesundheitssystem zu entlasten, Betroffenen den Zugang zu digitalen Anwendungen zu erleichtern und damit die Versorgung von Menschen mit Diabetes nachhaltig zu verbessern.

Konkrete Forderungen der DDG

Um digitale Ausgrenzung zu verhindern und digitale Strukturen zu fördern, fordert die DDG drei zentrale Maßnahmen:

- 1. Ein einfacher Zugang zur elektronischen Patientenakte (ePA).**
Gesundheitsdaten wie Medikationspläne oder Befunde sollten bei jedem Arztbesuch verfügbar sein – auch wenn Betroffene die Anwendung selbst nicht aktiv nutzen.
- 2. Ein digitales Disease-Management-Programm (dDMP).**
Vorhandene Instrumente wie Telemedizin, sichere Kommunikationsdienste und DiGA müssten verbindlich integriert und angemessen vergütet werden. Die ePA soll als zentrale Plattform für den Datenaustausch dienen. Relevante Module wie elektronischer Medikationsplan und digitale Laborbefunde müssten eingebunden werden.
- 3. Eine faire Vergütung moderner Diabetestechnologie.**
Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung und automatisierte Insulinpumpen verbessern die Blutzuckereinstellung und können Folgeerkrankungen vorbeugen. Gleichzeitig steigt der Aufwand in den spezialisierten Praxen deutlich. Schulungen, Datenauswertungen und technische Betreuung benötigen viel Zeit. „Seit Jahren wird dieser zusätzliche Aufwand nicht ausreichend bezahlt“, kritisiert Wiesner. Das setze die ambulante Diabetologie wirtschaftlich unter Druck.

Die DDG stellte ihre Positionen im Rahmen der Jahrespressekonferenz am 24. Februar 2026 in Berlin vor. Unter dem Titel „Mittendrin oder abgehängt – wie sozial gerecht ist die Diabetesversorgung in Deutschland?“ diskutierten Vertreterinnen und Vertreter der Fachgesellschaft Fragen zu Digitalisierung, geschlechtersensibler Medizin und Teilhabe am Arbeitsleben. Diese Themen stehen auch im Mittelpunkt des heutigen Parlamentarischen Jahresempfangs der DDG. Dort kommt die Fachgesellschaft mit Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus Politik und Gesundheitswesen ins Gespräch – mit dem Fokus darauf, wie eine sozial gerechte und zukunftsfähige Diabetesversorgung konkret umgesetzt werden kann.

Weitere Informationen:

Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) 2026

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9300 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
Tel.: 0711 8931-516/-652, Fax: 0711 8931-167
richter@medizinkommunikation.org
seddig@medizinkommunikation.org

STATEMENT

Gleiche Diagnose, ungleiche Chancen?

Warum Frauengesundheit ein Prüfstein für eine präzise und gerechte Diabetesversorgung ist

Professorin Dr. Julia Szendrödi

Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Geschlecht beeinflusst nicht nur soziale Rollen, sondern auch metabolische Regulation und kardiovaskuläre Risikoprofile. Frauen weisen im Vergleich zu Männern eine andere Fettverteilung mit stärker subkutaner und im Verlauf der Lebensspanne zunehmender viszeraler Adipositas auf. Diese Unterschiede wirken sich auf Insulinsensitivität, inflammatorische Aktivierung und Gefäßbiologie aus. Gleichzeitig ist das relative kardiovaskuläre Risiko bei Frauen mit Diabetes besonders ausgeprägt: Der „Verlust“ des biologischen Gefäßschutzes führt dazu, dass Diabetes das Risiko für koronare Ereignisse bei Frauen stärker erhöht als bei Männern. Schwangerschaft stellt zudem einen physiologischen metabolischen Stresstest dar, in dem eine bestehende Insulinresistenz manifest werden kann. Der Gestationsdiabetes ist deshalb kein isoliertes Ereignis, sondern ein früher Marker systemischer Vulnerabilität. Auch die Menopause markiert einen metabolischen Wendepunkt mit Veränderungen in Fettverteilung, Lipidprofil und Gefäßfunktion.

Diese biologischen Übergänge sind klinisch relevante Risikofenster – und sollten entsprechend systematisch berücksichtigt werden. Frauen mit Diabetes sind kein „Sonderfall“ der Diabetologie. Sie machen strukturelle Schwächen unseres Versorgungssystems sichtbar. Geschlecht beeinflusst Pathophysiologie, Risikoprofile, Symptomwahrnehmung und Versorgungszugang – und damit klinische Outcomes. Wer über soziale Gerechtigkeit in der Diabetesversorgung spricht, darf Geschlecht nicht als Randaspekt behandeln. Biologische Unterschiede, lebensphasenspezifische Risiken und Versorgungsbrüche entlang der Sektoren führen dazu, dass Frauen mit Diabetes häufig später diagnostiziert, anders behandelt und in Hochrisikosituationen nicht ausreichend strukturiert begleitet werden. Das ist kein Wissensdefizit. Es ist ein Umsetzungsdefizit.

Gestationsdiabetes: bekanntes Hochrisiko – unzureichende Nachsorge

Frauen nach Gestationsdiabetes tragen ein deutlich erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen. Dieses Risiko ist evidenzbasiert und prognostisch hoch relevant. Trotzdem gehen viele Betroffene nach der Entbindung in der Versorgungsrealität verloren. Eine verbindliche, sektorenübergreifende Nachsorgestruktur existiert nicht flächendeckend.

Aus Sicht der DDG sind hierfür folgende Schritte sinnvoll:

- Entwicklung und flächendeckende Etablierung strukturierter Nachsorgekonzepte nach Gestationsdiabetes
- digitale Erinnerungs- und Dokumentationsstrukturen über die elektronische Patientenakte
- klare diabetologische Zuständigkeit in der Übergabe von Geburtshilfe zur hausärztlichen und fachärztlichen Betreuung

Prävention darf nicht am Kreißsaal enden.

Kardiovaskuläres Risiko bei Frauen mit Diabetes: unterdiagnostiziert, untertherapiert

Frauen mit Diabetes haben ein besonders hohes relatives Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Gleichzeitig werden Symptome häufiger fehlinterpretiert, Diagnosen später gestellt und präventive Maßnahmen nicht konsequent umgesetzt. Die Leitlinien sind vorhanden, ihre sektorenübergreifende Implementierung ist jedoch unzureichend.

Die DDG sieht hier Handlungsbedarf in den folgenden Bereichen:

- strukturierte kardiovaskuläre Risikobewertung bei allen Patientinnen mit Diabetes
- Integration standardisierter Risiko-Checklisten in digitale Dokumentationssysteme
- Qualitätssicherung über definierte Indikatoren (zum Beispiel LDL-Zielwerterreichung, Blutdruckkontrolle)

Geschlechtersensible Medizin ist ein Bestandteil präziser Risikostratifizierung.

Lebensphasenmedizin systematisch verankern

Kinderwunsch, Schwangerschaft, postpartale Phase, Menopause und Phasen hoher Care-Belastung sind metabolisch vulnerable Zeitfenster. Diese Übergänge sind zugleich präventiv besonders wirksam nutzbar. Derzeit fehlt eine systematische lebensphasenorientierte Struktur in der Diabetesversorgung.

Eine strukturierte Lösung sollte beinhalten:

- Verankerung lebensphasenbezogener Risiko-Screenings in DMP und hausärztlicher Versorgung
- spezifische Schulungsangebote für Frauen in Übergangsphasen
- Einbindung der gynäkologischen Versorgung in strukturierte diabetologische Präventionskonzepte

Mindeststandard im Krankenhaus: Präventionsfenster statt Versorgungsbruch

Viele Frauen mit Diabetes werden im stationären Setting primär wegen anderer Diagnosen behandelt. Diabetes bleibt dabei häufig eine Nebendiagnose – mit potenziell relevanten Folgen für Risikoerkennung und Therapieanpassung.

Aus Sicht der DDG erscheint es sinnvoll,

- Krankenhausaufenthalte stärker als strukturiertes Präventions- und Evaluationsfenster zu nutzen,
- angemessene metabolische Bewertung sowie eine systematische kardiovaskuläre Risikoeinschätzung zu berücksichtigen,
- spezialisierte diabetologische Kompetenz im stationären Bereich strukturell zu stärken und angemessen abzubilden.

Ein Krankenhausaufenthalt sollte kein Versorgungsbruch sein, sondern die Chance bieten, bekannte Risiken strukturiert zu erfassen und Therapiepfade zu überprüfen.

Fazit

Frauengesundheit ist kein Nischenthema. Sie ist ein Prüfstein für die Präzision und Gerechtigkeit unseres Versorgungssystems. Wo Risiken bekannt sind, müssen Strukturen folgen. Die DDG setzt sich dafür ein, dass bekannte Risiken strukturell berücksichtigt und Übergänge im Versorgungssystem besser gestaltet werden. Ziel ist eine präzise, lebensphasenorientierte und sozial gerechte Diabetesversorgung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Februar 2026

STATEMENT

Postleitzahl oder Bildung – was entscheidet heute über gute Diabetesversorgung?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Zahlen zum Diabetes in Deutschland – ein Überblick

Die Zahl der Menschen mit Diabetes, vor allem mit Typ-2-Diabetes, steigt in Deutschland. Nach Daten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und der Diabetes Surveillance des Robert Koch-Instituts (RKI) haben 11 bis 12 Prozent der Erwachsenen in Deutschland die Diagnose eines Diabetes mellitus erhalten, im Jahr 2025 wurde die Zahl von 9,3 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes in Deutschland überschritten. Darüber hinaus gibt es eine hohe geschätzte Dunkelziffer an 1-2 Millionen Menschen, deren Typ-2-Diabetes noch nicht diagnostiziert ist. In den Jahren zwischen 2014 bis 2019 sind jährlich etwa 450.000 Menschen neu an Typ-2-Diabetes erkrankt. Die Inzidenz nimmt besonders bei den über 50 Jahre alten Personen zu, aber auch im jungen Lebensalter (11 bis 17 Jahre) wurde im Zeitraum 2014 bis 2023 ein Anstieg der Inzidenz beobachtet (+5,8 Prozent pro Jahr) (1 bis 5).

In Deutschland haben circa 400.000 Menschen einen Typ-1-Diabetes, davon sind etwa 10 Prozent unter 20 Jahre alt. Jährlich erkranken circa 4000 Kinder und Jugendliche an T1D, die Inzidenz nimmt pro Jahr um circa 3 Prozent zu (1, 5, 6).

Auch der Diabetes in der Schwangerschaft hat bei Frauen im Zeitraum zwischen 2015 bis 2020 zugenommen. Die Prävalenz lag bei circa 15 Prozent der Schwangerschaften. Der Zuwachs erklärt sich durch die Zunahme des Alters der Schwangeren und des Körpergewichts vor der Empfängnis. Etwa jede fünfte Frau mit Gestationsdiabetes entwickelt innerhalb von zehn Jahren nach der Schwangerschaft einen Typ-2-Diabetes (1, 7).

Geschätzt werden in Deutschland im Jahr 2040 circa 12,3 Millionen Menschen die Diagnose eines Diabetes mellitus haben, wenn die bisherigen Entwicklungen und Trends nicht gestoppt werden (2, 8, 9).

Soziale und regionale Ungleichheit beim Diabetesrisiko und beim Zugang zur Versorgung

Es besteht ein in Studien nachgewiesener Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und mit dem Vorliegen eines bekannten Diabetes und einzelnen Risikofaktoren. Beispielhaft sind hier Ergebnisse der beiden Surveys des RKI in den Zeiträumen 1997 bis 1999 und 2008 bis 2011 zusammengefasst, die die soziale Ungleichheit (definiert und gemessen über den Bildungsstatus) bezüglich eines Zusammenhangs mit den Prävalenzen eines bekannten und unerkannten Diabetes, des Erkrankungsrisikos und der Versorgung des Diabetes untersucht haben. In beiden Untersuchungszeiträumen zeigen sich in der unteren Bildungsgruppe um das zwei- bis dreifach höhere Diabetesprävalenzen sowie ein höheres 5-Jahres-Diabetesrisiko im Vergleich zur mittleren und oberen Bildungsgruppe. Hierbei wurde auch die zeitliche Entwicklung berücksichtigt. In allen Bildungsgruppen zeigte sich dabei ein Prävalenzanstieg des bekannten Diabetes und eine Prävalenzabnahme des unerkannten Diabetes. Für das 5-Jahres-Diabetesrisiko ist im Zeitverlauf nur für die obere Bildungsgruppe eine deutliche Abnahme ersichtlich.

Auf verschiedene Versorgungsindikatoren haben Bildungsunterschiede kaum einen Einfluss. Im Zeitverlauf lässt sich jedoch eine Verbesserung erkennen. Für einige Versorgungsindikatoren (Fußuntersuchung, Behandlung einer begleitenden Fettstoffwechselstörung mit Statinen) beschränkt sich die Verbesserung auf die untere Bildungsgruppe. Fazit ist: Es gibt soziale Ungleichheit in der Prävalenz des bekannten und unerkannten Diabetes sowie im Diabetesrisiko, jedoch ist kein deutlicher Bildungsgradient für die Versorgungsindikatoren zu beobachten. Über die Zeit hat sich die Ungleichheit in der Diabetesprävalenz nicht weiter verschärft, hinsichtlich des Diabetesrisikos jedoch leicht vergrößert (10).

Die Prävalenz des Typ-2-Diabetes folgt jedoch nicht nur einem sozioökonomischen, sondern auch einem regionalen Gefälle (11). Menschen in benachteiligten Regionen, die durch niedriges Durchschnittseinkommen der Bevölkerung, Arbeitslosigkeit, geringes Beschäftigungs- und Bildungsniveau, geringe kommunale Einnahmen, geringes Sozialkapital, ungünstige Beschaffenheit der Wohnumgebung, niedrigere Sicherheit, erhöhte Umweltbelastung durch Luftverschmutzung und Lärm, unattraktive Umwelt-, Versorgungs- und Freizeitmöglichkeiten gekennzeichnet sind, haben häufiger nichtansteckende chronische Erkrankungen, darunter auch ein um 20 Prozent höheres Risiko für einen Typ-2-Diabetes. Dies gilt auch unabhängig vom individuellen Sozialstatus der Bewohner. Die Diabetesprävalenz schwankt zwischen weniger als 6 Prozent in bessergestellten Regionen und bis mehr als 13 Prozent in deprivierten Regionen (3, 9, 12). Übereinstimmend lagen die Schätzungen für den Osten Deutschlands deutlich über denen für Westdeutschland (13).

Steigende Diabeteszahlen treffen besonders benachteiligte Gruppen

Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status erkranken, wie oben anhand der Ergebnisse der beiden Surveys vom RKI erwähnt, nicht nur häufiger an Typ-2-Diabetes, sie schätzen auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein als solche mit einem höheren Status (10). Zudem haben sie häufiger Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und andere chronische Begleiterkrankungen sowie Lebensstilfaktoren, die wiederum Risikofaktoren für die Entstehung eines Typ-2-Diabetes sind (14). Zudem wird Diabetes mit einer verminderten Erwerbsbeteiligung in Verbindung gebracht. Der Anteil an Personen mit Diabetes ist höher in der Bevölkerungsgruppe mit niedriger sozioökonomischer Position. Eine 2025 veröffentlichte deutsche Studie zeigte, dass die Erwerbsbeteiligung von Personen ohne Diabetes bei 82,2 Prozent lag, bei Personen mit Diabetes bei 55,9 Prozent. Der Abfall in der Erwerbsbeteiligung war höher für Menschen mit niedriger sozioökonomischer Position und mit steigender sozioökonomischer Position weniger ausgeprägt. Der Abfall in der Erwerbsbeteiligung war höher bei Frauen, wohingegen die Abhängigkeit zwischen dem Diabetes-assoziierten Abfall in der Erwerbsbeteiligung und der sozioökonomischen Position bei Männern stärker ausgeprägt war. Die Autorinnen und Autoren folgern, dass die Assoziation zwischen Diabetes und Abfall in der Erwerbsbeteiligung hauptsächlich bei Personen mit niedriger sozioökonomischer Position zu beobachten ist. Folglich ist diese Bevölkerungsgruppe nicht nur von einem größeren Risiko an Diabetes zu erkranken betroffen, sondern auch von einem größeren Diabetes-assoziierten Abfall in der Produktivität (15).

Daten der internationalen „Emergency Risk Factors Collaboration“ und anderer Studien zeigen, dass ein Typ-2-Diabetes das Sterblichkeitsrisiko deutlich erhöht und die Lebenserwartung um 6 bis 12 Jahre verkürzt (9,16,17). Etwa jeder fünfte Todesfall in Deutschland (16 Prozent) ist mit einem Typ-2-

Diabetes assoziiert – durch Folge- und Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen (9, 17). Umgerechnet bedeutet das: Die deutsche Gesamtbevölkerung verliert aufgrund dieser verkürzten Lebenserwartung rund 19 Millionen Lebensjahre (9).

Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor – und als politisches Versäumnis

Die jährlichen direkten Diabeteskosten in Deutschland beliefen sich im Jahr 2010 auf etwa 30 Milliarden Euro. Im Jahr 2040 werden es voraussichtlich jährlich 80 Milliarden sein (9, 18). Diese Zunahme zeigt die äußerst bedrohliche Entwicklung der Krankheitslast und der Gesundheitskosten für die chronische Krankheit Diabetes mellitus. Es ist daher unumgänglich, dieser Entwicklung energisch gegenzusteuern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert hier, Prävention – und hierbei vor allem Verhältnisprävention – zu stärken und einen „Health in all policies“-Grundsatz umzusetzen, um die weitere Ausbreitung von nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen aufzuhalten (19). Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), die auch von der DDG als Mitglied aktiv unterstützt wird, fordert von der Bundesregierung daher umfassende und wirksame Präventionsmaßnahmen nach dem „Health in all policies“ Ansatz, die Menschen in allen Lebensphasen und aus allen sozialen Gruppen gleichermaßen erreichen und die öffentliche Gesundheit in unserem Land nachhaltig stärken. Die gesunde Wahl sollte stets die einfache Wahl sein, denn eine gesunde Bevölkerung ist die Basis für eine leistungsfähige Wirtschaft. Dafür hat DANK einen 6-Punkte-Plan mit konkreten und wissenschaftlich fundierten Maßnahmen erarbeitet, der sich an die Politik richtet (20). Dieser Plan beinhaltet wichtige Maßnahmen, die bereits im Kindergarten- und Schulalter einsetzen und die individuelle Gesundheitskompetenz stärken und ebenso an alle Altersgruppen im Erwachsenenalter gerichtet sind. Im wesentlichen sind dies die schon seit Anfang der 10-er Jahre propagierten Empfehlungen der WHO und der Nationalen Diabetes Strategie, die von der Politik bislang leider nach wie vor nicht umgesetzt sind:

1. Steuerliche Instrumente, die die gesündere Lebensmittelwahl erleichtern und helfen, bei Getränken den Zuckerkonsum zu senken
2. Umfassender Kinderschutz in der Werbung
3. Gesundheits- und Kinderschutz auch bei E-Zigaretten
4. Bundesweit Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) bei Schul- und Kitaessen einführen
5. Verbindliche transparente, barrierefreie Lebensmittelkennzeichnung (Nutri-Score)
6. Bewegung bei Kindern fördern: mindestens eine Stunde Bewegung pro Tag in Kita und Schule

Literatur/Quellen:

1. Seidel-Jacobs E, Tönnies T, Rathmann W. Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026. MedTriX GmbH, Wiesbaden 2025. Hrsg. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, ISSN (Print) 1614-824X. S. 8-11. <https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht> (abgerufen am 31.01.26)
2. Tönnies T, Röckl S, Hoyer A, et al. Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. Diabet Med. 2019;36 (10):1217-25. DOI: 10.1111/dme.13902

3. Tönnies T, Hoyer A, Brinks R, et al. Spatio-Temporal Trends in the Incidence of Type 2 Diabetes in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2023;120(11):173-179. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0405.
4. Lehner CT, Eberl M, Donnachie E, et al. Incidence trend of type 2 diabetes from 2012 to 2021 in Germany: an analysis of health claims data of 11 million statutorily insured people. *Diabetologia.* 2024;67(6):1040-50. DOI: 10.1007/s00125-024-06113-8
5. Hering R, Schulz M, Kohring C, et al. Kurzbericht: Administrative Prävalenz und Inzidenz des diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 – Daten von 2011 bis 2023. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), editor. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 24/02. Berlin 2024, URL: DOI: 10.20364/VA-2402
6. Rosenbauer A, Stahl-Pehe A, Bonifacio E, et al. Einbeziehung von Informationen aus Diabetesregistern in die Diabetes-Surveillance – Auswertung 2024: Inzidenz und Prävalenz von Typ-1- und Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen 2024
https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12304/RosenbauerProzent20etProzent20al.Pr ozent202024_InzidenzPrProzentC3ProzentA4valenzDiabetes.pdf?sequence=1&isAllowed=y (abgerufen am 31.01.26)
7. Greiner GG, Icks A, Linnenkamp U. Trends des Gestationsdiabetes in Deutschland – Prävalenz, Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes und Inanspruchnahme der postpartalen Nachsorge. *Die Diabetologie* 2025;21(2):37-43. DOI: 10.1007/s11428-024-01251-4
8. Diabetes Surveillance. Robert Koch-Institut.
https://www.gbe.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Publikationensuche/Publikationensuche_Formular.html?nn=16895404&art_str=indikator_pdf&templateQueryString=diabetes-surveillance&sortOrder=title_text_sort+asc#searchResults (abgerufen am 31.01.26)
9. Deutsche Diabetes Gesellschaft. Diabetes Fact Sheet 2025. <https://www.ddg.info/ddg-factsheet> (abgerufen am 31.01.26)
10. Heidemann C, Du Y, Baumert J, et al. Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus – Zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit.* 2019;4(2):12-30. DOI: 10.25646/5980
11. Maier W, Scheidt-Nave C, Holle R, et al. Area level deprivation is an independent determinant of prevalent Type 2 diabetes and obesity at the national level in Germany. Results from the national telephone health interview surveys “German Health Update” GEDA 2009 and 2010. *PLOS one* 2014; DOI: pone.0089661. <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0089661> (abgerufen am 31.01.26)
12. Barmer GEK. Regionale Prävalenzen des Diabetes mellitus in Deutschland.
<https://www.barmer.de/resource/blob/1026796/86ebe71e4fe3368efa96c23637c8ea64/auswertung-diabetes-atlas-data.pdf> (abgerufen am 31.01.26)
13. Jacobs E, Rathmann W. Epidemiologie des Diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2017;12(6):437-446
14. Heidemann C, Scheidt-Nave C. Prevalence, incidence and mortality of diabetes mellitus in adults in Germany – A review in the framework of the Diabetes Surveillance. *J Health Monit.* 2017;2(3):98-121. DOI: [10.17886/RKI-GBE-2017-062](https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-062)
15. Mackowiak MM, Brinks R, Hoyer A, et al. Socio-economic inequalities in the association between diabetes and labour force participation in Germany: A repeated cross-sectional study. *GMS Ger Med Sci.* 2025;23:Doc04. DOI: 10.3205/000340

- 16.** Emerging Risk Factors Collaboration. Life expectancy associated with different ages at diagnosis of type 2 diabetes in high-income countries: 23 million person-years of observation. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2023;11(10):731-742. doi: 10.1016/S2213-8587(23)00223-1
- 17.** Tönnies T, Baumert J, Heidemann C, et al. Diabetes free life expectancy and years of life lost associated with type 2 diabetes: projected trends in Germany between 2015 and 2040. *Popul Health Metr.* 2021;19(1):38. doi: 10.1186/s12963-021-00266-z
- 18.** Voeltz D, Vetterer M, Seidel-Jacobs E, et al. Projecting the economic burden of type 1 and type 2 diabetes mellitus in Germany from 2010 until 2040. *Popul Health Metr.* 2024;22(1):17. doi: 10.1186/s12963-024-00337-x
- 19.** Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2023, 11. Dezember 2023). New WHO tools to support action on noncommunicable diseases and climate change. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/de/news/item/11-12-2023-new-who-tools-to-support-action-on-noncommunicable-diseases-and-climate-change> (abgerufen am 31.01.26)
- 20.** Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK): 6-Punkte-Plan zur Bundestagswahl 2025 für mehr Prävention, die alle Menschen erreicht und zur wirtschaftlichen Stabilität beiträgt! https://www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/DANK_6-Punkte-PlanProzent20zurProzent20BundestagswahlProzent202025.pdf (abgerufen am 31.01.26)

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Februar 2026

STATEMENT

Apps, Daten, Algorithmen – wer profitiert von der Digitalisierung und wer bleibt zurück?

Dr. med. Tobias Wiesner

Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Facharzt für Innere Medizin,
Endokrinologie und Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig

Digitale Lösungen im Bereich Diabetes-Prävention

Verschiedenste digitale Tools treiben den Fortschritt in der Diabetologie rasant voran. Diabetes selbst ist auch eine „Datenmanagement-erkrankung“, weil tagtäglich enorm viele Daten aus Blutzuckermessungen, Gewichtsmanagement, Angaben von Nahrungsmengendaten oder Insulineinheiten generiert und notiert werden. Was läge also näher, als digitale Lösungen auch verstärkt für die Prävention von Adipositas und Diabetes zu nutzen?

Digitale Medizinanwendungen (DiMA) und Gesundheitsanwendungen (DiGA). „Im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sind die Voraussetzungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und deren Verordnungsfähigkeit gesetzlich geregelt. Im Juli 2025 waren 44 DiGAs im Verzeichnis des BfArM endgültig und zwölf vorläufig aufgenommen, darunter DiGAs zum Diabetesmanagement (Diabetes & Depression, Typ-2-Diabetes, Adipositas) [<https://diga.bfarm.de/de>]. Sie unterstützen vor allem die Lebensstilmodifikation durch Edukation und (kognitiv) verhaltenstherapeutische Konzepte und sind verordnungsfähig.“ (Gesundheitsbericht Diabetes 2026, S. 84)

Systeme der kontinuierlichen Glukosemessung sind heute längst Standard in der Diabetestherapie- und auch Wearables, die Algorithmen getriebenen Blutzucker- und Insulinabgabedaten sammeln, analysieren (per Algorithmus und perspektivisch auch per KI), Trends erkennen und auch Therapieempfehlungen geben (z.B. Insulinanpassung), stärken die Selbstkontrolle und fördern das Selbstmanagement.

Den heutigen Trend zur Selbstoptimierung bei Sport und Bewegung sowie Gewichtsmanagement kann man im Rahmen der Prophylaxe positiv und zur Verhinderung von Adipositas und Diabetes nutzen.

Bereits jetzt sehen wir deutlich, dass digitale Tools die Therapietreue verbessern, eine bessere Vernetzung zwischen Patient*innen und ihren Ärzt*innen ermöglichen und personalisierte Unterstützung für Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit bieten. Präventionsangebote und Versorgung gestalten sich somit individueller, effizienter und patientenzentrierter und überwinden Grenzen von Wohnorten oder Sektoren.

Mit der Forderung nach einer konsequenten Digitalisierung wollen DDG und BVND die Vernetzung innerhalb der Diabetologie. Die Umsetzung wird Versorgung und Forschung optimieren.

- **Personalisierte Versorgung:** Eine digitale Lösung sorgt für patientenzentrierte Behandlung.
- **Forschungsimpulse:** Durch die Analyse von Daten im Rahmen von "Big Data" sollen neue Zusammenhänge und Subgruppen entdeckt werden, was zur Identifizierung von Risikoindividuen und Entwicklung spezifischer, maßgeschneiderter Therapieansätze führt.

- **Gesundheitspolitik:** aus konsequent gewonnenen evidenzbasierten Erkenntnissen können die Entscheidungen der Gesundheitspolitik maßgeblich beeinflussen, insbesondere patientenindividuell sowie gesundheitsökonomisch optimieren als auch Versorgungsprozesse digital begleiten.

Die digitale Kluft

Die Digitalisierung des Gesundheitssystems (eHealth) verspricht Effizienz und bessere Versorgung, birgt aber die Gefahr, eine „digitale Kluft“ zu vertiefen. Wenn der Zugang zu Gesundheit an technische oder soziale Hürden geknüpft wird, riskieren ohnehin marginalisierte Gruppen, den Anschluss zu verlieren.

Zentrale Risikofaktoren für digitale Exklusion im Gesundheitswesen:

1. **Mangel an Ressourcen (The Material Divide)**
Sozial benachteiligte Personen verfügen seltener über die notwendige Hardware oder stabile Internetverbindungen.
 - a. **Hardware-Kosten:** Aktuelle Smartphones oder Wearables für Gesundheits-Apps sind teuer.
 - b. **Konnektivität:** Datentarife sind eine zusätzliche finanzielle Belastung, was die Nutzung von datenintensiven Videosprechstunden oder die Übertragung von Glukosdaten an die diabetologische Praxis erschwert.
2. **Geringe digitale Gesundheitskompetenz (The Skills Divide)**
Es reicht nicht, ein Gerät zu besitzen, man muss die Informationen auch filtern und anwenden können.
 - a. **Bedienungshürden:** Komplizierte Benutzeroberflächen von Patientenakten (ePA) oder Buchungsportalen oder Verwendung von Diabetestechnologien schrecken Nutzer ab.
 - b. **Informationsbewertung:** Die Fähigkeit, seriöse medizinische Informationen von „Fake News“ im Netz zu unterscheiden, ist bei oft wenig ausgeprägt.
3. **Sprachliche und kulturelle Barrieren**
Viele digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) sind nicht barrierefrei oder mehrsprachig gestaltet.
 - a. **Fachsprache:** Medizinische Terminologie ist in der Muttersprache schon schwer verständlich; in einer Fremdsprache wirkt sie exkludierend.
 - b. **Kulturelle Sensibilität:** Algorithmen und Apps spiegeln oft die Perspektive der Mehrheitsgesellschaft wider und ignorieren spezifische Bedürfnisse von Migrantengruppen.

4. Algorithmische Diskriminierung (Bias)

Die im Hintergrund arbeitende KI kann soziale Ungleichheit zementieren.

- a. Daten-Bias: Wenn KI-Modelle primär mit Daten aus privilegierten Bevölkerungsschichten trainiert werden, liefern sie für sozial Benachteiligte ungenauere Diagnosen oder Therapieempfehlungen.
- b. Priorisierung: Algorithmen könnten Versicherte aufgrund ihres sozioökonomischen Status unbewusst schlechter einstufen, wenn Kosten-Nutzen-Analysen einfließen.

5. Das Paradoxon der „Präventionslücke“

Digitale Angebote erreichen oft nur die „Healthy User“.

Wer bereits gesundheitsbewusst und technisch versiert ist, nutzt Tracker und Apps zur Selbstoptimierung.

Diejenigen, die am stärksten von chronischen Krankheiten betroffen sind (oft Menschen in prekären Lebenslagen), fallen durch das Raster, weil die Tools nicht auf ihre Lebensrealität zugeschnitten sind.

Fazit: Digitale Exklusion im Gesundheitssystem führt zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität. Wer die Technik nicht nutzt, hat längere Wartezeiten (da Online-Termine schneller vergeben werden) und weniger Übersicht über seine eigene Krankengeschichte oder erhält keinen Zugang zu digitalen Diabetestechnologien.

Um der digitalen Exklusion entgegenzuwirken, bedarf es verschiedenster Ansätze

Gesetzliche Weichenstellungen: konsequente Digitalisierung der Versorgungsprozesse und Strukturen

Niedrigschwelliger Zugang zur **elektronischen Patientenakte (ePA)** für alle Versicherten

Ziel: Die Hürde der Eigeninitiative wird gesenkt. Sozial Benachteiligte, die oft weniger Ressourcen für bürokratische Prozesse haben, werden automatisch Teil der digitalen Infrastruktur.

Vorteil: Wichtige Gesundheitsdaten (Medikamentenplan, Befunde) sind bei jedem Arztbesuch verfügbar, was die Patientensicherheit erhöht, auch wenn die Betroffenen die App selbst nicht bedienen können.

Digitalisierung etablierter Versorgungsstrukturen – digitales DMP

Empfehlung folgender Maßnahmen:

- Nutzung zur Verfügung stehender Tools:
 - Integration digitaler Tools wie Terminmanagement-Systeme, Telemedizin, sichere Kommunikationskanäle (KIM/TIM) und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in das digitale DMP (dDMP).
 - adäquate Vergütung der im dDMP verpflichtend zu nutzenden Anwendungen.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit durch Datenaustausch über die ePA:
 - ePA als zentrale Plattform für den Datenaustausch nutzen.
Enge Verzahnung der dDMP-Entwicklung mit dem Ausbau der ePA und Integration relevanter Module wie elektronischer Medikationsplan (eMP) und elektronische Laborbefunde (eLaborbefunde) in das dDMP

- Verbesserte personalisierte Therapie:
 - Erweiterung des Dokumentationsdatensatzes im dDMP um therapeutisch relevante Informationen wie Hilfsmittel-Reports, Risikofaktoren, individuelle Therapieziele und Laborwerte.

Fazit: Die Nutzung verfügbarer Tools, die interdisziplinäre Zusammenarbeit über die ePA und die verbesserte personalisierte Therapie stehen im Vordergrund und stellen auf patientenindividueller Ebene.

Honorierung des personellen und zeitlichen Aufwandes der Diabetestechnologie in den Schwerpunktpraxen

Technische Innovationen wie kontinuierliche Glukosemessung (CGM) und automatisierte Insulindosierung durch Insulinpumpen (AID) verbessern nachweislich die Stoffwechselkontrolle und Lebensqualität – erfordern aber gleichzeitig einen deutlich höheren Betreuungsaufwand in der diabetologischen Praxis.

Die diabetologische Versorgung leidet unter struktureller Unterfinanzierung, weil Honorare für Schulung, Beratung und neue Technologien seit Jahrzehnten nicht angepasst wurden.

Trotz steigender Kosten und wachsender Anforderungen gibt es keine ausreichende Vergütung für CGM-Schulungen oder technische Innovationen – bundesweit fehlen entsprechende Regelungen. Insgesamt führt dies zu fehlenden Versorgungsoptionen der Patienten, Stagnation der Versorgung mit modernen Diabetestechnologien bei zunehmender Belastung des Praxisteam und einer geringen Attraktivität für den beruflichen Nachwuchs in der Diabetologie.

Literatur / Verweise:

- <https://www.ddg.info/presse/2025/moderne-diabetestechnologien-mehr-lebensqualitaet-fuer-millionen-aber-zu-wenig-unterstuetzt>
- <https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/gemeinsames-statement-von-ddg-bvnd-bndb-und-agdt-zur-situation-der-ambulanten-diabetologie>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Februar 2026

STATEMENT

Zuverlässigkeit und Sicherheit bei der Teilhabe von Menschen mit Diabetes – (technische) Kompensation eröffnet Möglichkeiten

Dr. med. Wolfgang Wagener

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

Diabetes mellitus ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen unserer Zeit. Und zugleich eine, über die erstaunlich viele falsche Vorstellungen existieren.

In Deutschland leben fast 10 Millionen Menschen mit Diabetes, viele davon im Berufsleben – hoch qualifiziert, engagiert und leistungsfähig.

Trotz enormer medizinischer Fortschritte treffen Menschen mit Diabetes im Arbeitsalltag häufig auf Barrieren, die mit der Realität moderner Diabetologie nichts zu tun haben. Pauschale Ausschlüsse, veraltete Eignungskriterien und restriktive Vorgaben verhindern bis heute berufliche Teilhabe von Menschen, die ihren Stoffwechsel dank moderner Technik oft besser beherrschen als je zuvor.

Unser Ziel heute ist zu zeigen: Diabetes ist in den allermeisten Fällen kein Hindernis für eine sichere und verantwortungsvolle Berufsausübung. Die Daten sind klar, die Technik ist da und die rechtlichen Grundlagen verlangen längst eine individuelle Bewertung statt pauschaler Ausschlüsse.

Es ist Zeit, dass die Arbeitswelt diesem Wissen folgt – für echte Gleichberechtigung, moderne Prävention und eine Arbeitswelt, die Chancen und Ressourcen nutzt, statt Grenzen zu ziehen.

Das Risiko, unvorhergesehen eine schwere Unterzuckerung = Hypoglykämie mit Fremdhilfebedarf zu erleiden, ist durch heute mögliche Therapien bei allen Menschen mit Diabetes deutlich geringer.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) publizierte im November 2025 die vom Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) aktualisierte S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“. Es zeigt sich, dass CGM (kontinuierliches Glukosemonitoring in der Gewebeflüssigkeit) und AID (automatisierte Insulinabgabe) als permanent verfügbare Technik die Diabetestherapie bezüglich Kontroll-, Warn- und Steuerungsmöglichkeiten revolutioniert haben. Dies betrifft vornehmlich das Risiko für schwere Unterzuckerungen bei Menschen mit Insulintherapie.

Neu entwickelte Medikamente bieten Ärzt*innen und Patient*innen inzwischen Behandlungsmöglichkeiten für den Diabetes mellitus Typ 2 ohne gesteigerte Insulinausschüttung und somit nahezu ohne Risiko für Unterzuckerung.

Das deutlich geringere Hypoglykämierisiko verbessert die private, berufliche und gesellschaftliche Teilhabe aller Betroffenen: Für Menschen mit Diabetes, die im Umgang mit ihrer Erkrankung geschult

sind und die verfügbaren technischen Kompensationsmöglichkeiten zeitgemäß einsetzen, bestehen heute fast keine Einschränkungen in Beruf oder Straßenverkehr.

Leider gilt in einigen Vorschriften zur beruflichen Eignung der insulintherapierte Diabetes weiter als Ausschlusskriterium. Aus Sicht der DDG und deren Ausschuss Soziales ist dies heute fast nie gerechtfertigt.

Das Risiko einer schweren Unterzuckerung ist bei verantwortungsbewusstem Verhalten der Betroffenen heute sehr gering.

Bundeswehr, Polizei sowie Bahn-, Schiffs- und Luftverkehr sind Beispiele, in denen Menschen mit Insulin-behandlung oft nicht eingestellt werden. Dies ist nicht verständlich, da der Zoll Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 auch für den waffentragenden Einsatz beschäftigt.

Unseres Erachtens besteht in Deutschland auch bzgl. des Luftverkehrs eine diagnosebedingte Tätigkeits-Diskriminierung von Menschen mit Diabetes mellitus! Andere Staaten haben keine Pauschalverbote. So dürfen z. B. in den Vereinigten Staaten, Kanada, dem Vereinigten Königreich und in Österreich Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 sowohl Fracht- als auch Passagiermaschinen als Piloten fliegen, wenn sie strikte Vorgaben erfüllen.

Im Schiffsverkehr wird die Begutachtung der Seediensttauglichkeit in Deutschland erfahrungsgemäß deutlich restriktiver gehandhabt als in den skandinavischen Ländern – trotz gleicher Vorschriften. Aus Sicht der DDG ist es – nicht allein aufgrund der genannten Beispiele – dringend geboten, die deutsche Arbeitswelt diabetologisch zeitgemäß auszurichten. Pauschale Berufs- und Tätigkeitsverbote können nicht fortbestehen. Rechtliche Grundlage: Arbeitsmedizinische Fähigkeits-/Eignungsbeurteilungen haben ebenso wie arbeitsmedizinische Stellungnahmen laut Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) individuell und arbeitsplatzbezogen zu erfolgen. Auch Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 ArbSchG erfolgen bezogen auf den Arbeitsplatz. Beschäftigte mit Diabetes werden aufgrund gesetzlicher Vorschriften für gefährliche Tätigkeiten bezüglich ihrer Stoffwechseleinstellung sowie ihres individuellen Hypoglykämierisikos arbeitsmedizinisch eingeschätzt. Sind diabetologische Fragen arbeitsmedizinisch relevant, ist zu empfehlen, den behandelnden Diabetologen einzubeziehen.

Kernaussagen:

1. Häufigkeit und gesellschaftliche Relevanz

Diabetes mellitus betrifft fast 10 Millionen. Menschen in Deutschland – viele im erwerbsfähigen Alter. Typ-1-Diabetes ist zwingend insulinpflichtig, moderne Technologien ermöglichen sichere Stoffwechselführung.

2. Fehlende berufliche Inklusion

Trotz großer Fortschritte in der Diabetologie bestehen weiterhin pauschale Berufsverbote und Fehllannahmen. Deutschland ist im internationalen Vergleich – zum Beispiel Vereinigte Staaten von Amerika, Britisches Königreich, Kanada, Österreich, Skandinavien – bei der beruflichen Inklusion deutlich restriktiver.

3. Ziel unserer Fachgesellschaft DDG

Abbau pauschaler Ausschlüsse und Aktualisierung aller beruflichen Einsatzvoraussetzungen anhand moderner wissenschaftlicher Standards – dazu Austausch mit Verantwortlichen der Politik, Arbeitgebern, Betriebsärzten, Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Fachgesellschaften, Versicherungen sowie sicherheitsrelevanten Arbeitgebern: Deutsche Bahn, Bundeswehr, Feuerwehr, Luftfahrt, Polizei, Schifffahrt

4. Grundpositionen

Menschen mit Diabetes sind in den meisten Bereichen sicher einsetzbar.

Pauschale Verbote widersprechen dem Grundgesetz und dem Arbeitsschutzgesetz.

5. Rechtlicher Rahmen

Die Beurteilung der Einsatzfähigkeit von Menschen mit Diabetes hat sich deutlich weiterentwickelt – zum Beispiel Fahreignung seit 2018 klar geöffnet.

Sicherheitsrelevante Bereiche – Bundeswehr, Polizei, Pilot*innen, Seeschifffahrt – handeln in Deutschland oft unnötig restriktiv.

6. Datenschutz / ärztliche Schweigepflicht

Offenlegen der Diagnose ist nur bei konkreten Sicherheitsrisiken erforderlich.

Arbeitsmedizinische Vorsorge erfolgt anonymisiert, informationelle Selbstbestimmung bleibt gewahrt.

7. Sicherheit & Leistungsfähigkeit

Gut behandelte und geschulte Menschen mit Diabetes können nahezu alle Tätigkeiten sicher ausüben.

Moderne Technologien (CGM, Insulinpumpen, Schulungen) reduzieren Risiken erheblich.

Pauschale Ausschlüsse fördern das Verschweigen der Erkrankung – und damit tatsächliche Risiken.

8. Betriebliche Verantwortung

Arbeitgeber sollen Rahmenbedingungen schaffen, die ein sicheres Selbstmanagement ermöglichen: Glukosemessungen, Mahlzeiten, Behandlung von niedrigen Glukosewerten.

Betriebliches Gesundheitsmanagement soll Prävention und Schulungen fördern.

9. Verantwortung der Betroffenen

Menschen mit Diabetes müssen Therapie, Selbstkontrolle und Schulungen eigenverantwortlich umsetzen.

10. Empfehlungen

Individuelle statt pauschaler Beurteilungen

Aufklärung & Schulung im Betrieb

Betriebliche Gesundheitsförderung: Bewegung, Ernährung, Stressmanagement

Barrierefreiheit & Inklusion, flexible Arbeitszeiten

Angepasste Einsatzplanung bei Schicht- und Belastungsarbeit

11. Verantwortung des Gesetzgebers

Rechtliche Grundlagen und untergesetzliche Vorschriften sind zu modernisieren,
Präventionsangebote gegen Typ-2-Diabetes sind weiter auszubauen.
Betroffene benötigen bedarfsgerechte Unterstützung für nachhaltige berufliche Teilhabe.

12. Zusammenfassung

Gut geschulte Menschen mit Diabetes sind in fast allen Berufen sicher leistungsfähig.
Notwendig ist ein kooperativer, diskriminierungsfreier Ansatz aller Beteiligten.
Ziel: Sicherheit, Leistungsfähigkeit, Teilhabe und geringere gesellschaftliche Folgekosten

13. Weiterführende Anregungen:

Abbau von Vorurteilen
Stärkung arbeitsmedizinischer Kompetenz
Forschung zur arbeitsbezogenen Diabetesversorgung
Erstellen einer offiziellen Leitlinie „Diabetes & Arbeit / Berufstätigkeit“
Politische Unterstützung inklusive Arbeitsumfelder
Anpassung aller untergesetzlichen Vorgaben zu Tätigkeiten an den aktuellen Stand der Diabetologie

Quellen:

1. DDG – Deutsche Diabetes-Gesellschaft S2e-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“, Version 2.0, AWMF-Register-Nr. 057-026, 2025
2. Akturk H. K., Flying With Type 1 Diabetes as Commercial Airline Pilots in the U.S.: The Sky Is the Limit for People With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2025;48(4):e54–e55
3. Akturk H. K., Flying With Type 1 Diabetes as Commercial Airline Pilots in the U.S.: The Sky Is the Limit for People With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2025;48(4):e54–e55
4. ¹David L. Russell-Jones et al.; An Evaluation on the Safety of Pilots With Insulin-Treated Diabetes in Europe Flying Commercial and Noncommercial Aircraft; *Diabetes Care*, 2020, 43, 2923 – 2929
5. Seearbeitsgesetz nach § 12 Seearbeitsgesetz, gültig ab 01.08.2013, BGBl 2013, 868

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Februar 2026



Positionspapier Diabetes mellitus und Arbeit Berufstätigkeit in Deutschland

Einleitung

Diabetes mellitus ist eine der häufigsten chronischen Stoffwechselerkrankungen weltweit. Von fast 10 Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland sind mehrere Millionen im erwerbsfähigen Alter, Tendenz steigend. Mindestens 9,1 Millionen Menschen haben einen diagnostizierten Typ-2-Diabetes und 340 000 Erwachsene sowie 37 000 Kinder/Jugendliche einen Typ-1-Diabetes. Letzterer ist zwingend mit Insulin zu behandeln. Bezüglich beruflicher Eignung von Menschen mit Diabetes existieren trotz enormer Fortschritte der Diabetologie Fehleinschätzungen, die zu Diskriminierung führen können. Dies schafft Probleme sowohl bei der Berufswahl als auch bei der (weiteren) Berufsausübung nach Diabetesdiagnose. Auch wenn im Verlauf der Erkrankung eine Insulintherapie notwendig wird, kann dies die berufliche Integration beeinflussen.

Dieses Positionspapier richtet sich an Alle in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft mit der dringenden Bitte, sämtliche Einstellungsvoraussetzungen für jegliche Berufsgruppen bzgl. pauschaler Einsatzverbote für Menschen mit Diabetes zu überprüfen und auf den aktuellen Stand der Medizin zu aktualisieren.

Ziel der Deutschen Diabetes Gesellschaft ist es, zu zeigen: Diabetes ist in den allermeisten Fällen kein Hindernis für eine sichere und verantwortungsvolle Berufsausübung. Die Daten sind klar, die Technik ist etabliert, und die rechtlichen Grundlagen verlangen längst eine individuelle Bewertung statt pauschaler Verbote. Es ist Zeit, dass unsere Arbeitswelt diesem Wissen folgt – für echte Gleichberechtigung, moderne Prävention und eine Arbeitswelt, die Chancen schafft und nutzt, statt überholte Grenzen fortzuschreiben¹.

Wo gibt es berufliche Diskriminierung von Menschen mit Diabetes?

Im internationalen Vergleich ist Deutschland - trotz moderner Diabetologie sowie kompetenter Fachgesellschaft DDG - kein Vorreiter beruflicher Inklusion von Menschen mit Diabetes. Berufliche Diskriminierungen oder pauschale Ausschlüsse aufgrund des Diabetes oder seiner Therapie bestehen unverändert fort trotz medizinischer Fortschritte, wie folgende Auflistung zeigt:

1. **Piloten:** Trotz gleichlautender internationaler Kriterien werden in Deutschland die Vorschriften bei Vorliegen eines Diabetes deutlich rigider ausgelegt als im internationalen Vergleich. So dürfen z. B. in den USA, dem Vereinigten Königreich, in Kanada

¹ Socio-economic inequalities in the association between diabetes and labour force participation in Germany: A repeated cross-sectional study, Diabetology, GMS German Medical Science 2025, Vol. 23, ISSN 1612-3174



DDG AUSSCHUSS

Soziales

und Österreich Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen, als Piloten sowohl Fracht-, als auch Passagiermaschinen fliegen – nicht aber in Deutschland

2. **Bundeswehr:** Gemäß der Vorgaben der wehrmedizinischen Begutachtung werden Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 pauschal als untauglich erachtet („Ausmusterung“).
3. **Polizei:** Polizeidienstverordnung PDO 300 schließt Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 vom Polizeidienst aus. Die Polizei liegt in Länderhoheit. Das Vorgehen unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und auch der Bundespolizei.
4. **Seediensttauglichkeit:** Diese wird in Deutschland im Vgl. zu skandinavischen Ländern gegenüber Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus trotz gleich lautender internationaler Regelungen deutlich restriktiver gehandhabt.
5. **Zoll:** Geschäftsordnung der Generalzolldirektion – GO-GZD: dort gibt es - auch waffenfragende - Personen mit Diabetes mellitus Typ 1.

Grundsätzliche Positionen

Gleichberechtigte Teilhabe

Die Mehrzahl der Menschen mit Diabetes ist in allen Berufen und Arbeitsfeldern einsetzbar. Individuell können Einschränkungen bestehen. Pauschale Ausbildungs- oder Berufsverbote/-beschränkungen aufgrund der Diagnose stehen im Widerspruch zu Art. 3 Grundgesetz sowie dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG).

Rechtlicher Rahmen

Die Änderungen der Beurteilung der Fahreignung von Kraftfahrenden mit Diabetes auf Grundlage der Fahrerlaubnisverordnung 1985 und 2018 und der Begutachtungsleitlinien der BAST veranschaulichen einen Paradigmenwechsel weg von der Eignung als begründete Ausnahme hin zur Regel, dass „gut eingestellte und geschulte Menschen mit Diabetes (...) Fahrzeuge beider Gruppen sicher führen“ können. Möglich wurde dies durch die moderne Diabetologie und die Erkenntnisse der AWMF-Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ von 2017. Deren Neuauflage 2025 weist auf erhebliche Verbesserungen der Diabetestherapie zugunsten der Verkehrssicherheit hin. Es ist zu erwarten, dass diese ebenfalls in die Regelwerke einfließen und ist ein Beispiel für sichere Integration im Alltag.

Die arbeitsmedizinischen Fähigkeits- oder Eignungsbeurteilungen haben ebenso wie arbeitsmedizinische Stellungnahmen laut ArbSchG individuell und arbeitsplatzbezogen zu erfolgen. Auch Gefährdungsbeurteilungen erfolgen in Bezug auf den Arbeitsplatz. Beschäftigte mit Diabetes werden aufgrund gesetzlicher Vorschriften für gefährliche Tätigkeiten bezüglich ihrer Stoffwechseleinstellung sowie ihres individuellen Hypoglykämierisikos arbeitsmedizinisch



DDG AUSSCHUSS

Soziales

eingeschätzt. Wenn diabetologische Fragen im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Untersuchung relevant sind, ist zu empfehlen, den behandelnden Diabetologen einzubeziehen.

Im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorge kann gemäß ArbMedVV eine individuelle ärztliche Einschätzung erfolgen, ohne dass die Diagnose dem Arbeitgeber zwingend mitgeteilt wird. Der Schutz der informationellen Selbstbestimmung ist zu wahren. Ein Offenlegen der Diagnose Diabetes gegenüber dem Arbeitgeber ist nur erforderlich, wenn konkrete Sicherheitsrisiken für die betroffene Person oder Dritte entstehen könnten.

Sicherheit am Arbeitsplatz

Millionen Menschen mit Diabetes sind in Deutschland erwerbstätig. Bei den meisten fällt die Stoffwechselstörung im Berufsalltag nicht auf. Das gilt insbesondere für ihre Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Einsetzbarkeit, Flexibilität und Fehltage. Im Umgang mit ihrer Erkrankung erfahrene, gut geschulte sowie gut behandelte Menschen mit Diabetes können fast alle beruflichen Tätigkeiten sicher und verlässlich ausführen. Fortschritte der Diabetologie sorgen für eine deutliche Minimierung des Risikos für schwere Unterzuckerungen. Dadurch ermöglichen sie auch die Ausübung risikobehafteter Berufe, die lange als nicht geeignet galten. Kommt es aufgrund Diabetes oder seiner Therapie zu pauschalen Ausschlüssen für bestimmte Tätigkeiten, kann dies zum Verschweigen der Krankheit führen. Daraus können Gefährdungen resultieren, sowohl für die Betroffenen, als auch für Dritte. Notwendig ist ein offener Umgang mit dieser verbreiteten Stoffwechselstörung am Arbeitsplatz.

Förderung und nachhaltiger Erhalt der Arbeitsfähigkeit

Betriebliche Gesundheit

Betriebliche Rahmenbedingungen bilden die Grundlage für ein gelingendes Selbstmanagement und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Dazu gehören:

- Bereitschaft zu Schicht- und Dienstverlegungen zur Gewährleistung von sicherem Arbeiten (Verständnis für wichtige Arzttermine und ggf. (Auffrischungs-)Schulungen).
- Arbeitnehmer und Arbeitgeber profitieren von betrieblichen Rahmenbedingungen, die sicheres und gesundes Arbeiten mit Diabetes ermöglichen.
- Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zur Prävention von Adipositas, Bewegungsmangel und Früherkennung des Typ 2 Diabetes mellitus.
- Unterstützung, wenn bestimmte Tätigkeiten vorübergehend/dauerhaft nicht ausgeübt werden können

Verantwortung der Betroffenen

Menschen mit Diabetes tragen selbst Verantwortung für ein gutes Diabetesmanagement, eine adäquate Stoffwechselführung, regelmäßige medizinische Kontrollen und Anpassung der Therapie an die Arbeitsbedingungen. Dazu gehört eine Schulung, welche die beruflichen Anforderungen einbezieht, um Unter- und Überzuckerungen zu vermeiden.



DDG AUSSCHUSS

Soziales

Empfehlungen:

1) Individuelle Beurteilung statt pauschaler Ausschlüsse oder Verbote

Arbeitsmedizinische Beurteilungen müssen personen- und tätigkeitsbezogen dem aktuellen Stand der Medizin folgen und die verfügbaren Möglichkeiten zur Risikokompensation berücksichtigen.

2) Aufklärung und Schulung:

Sensibilisierung von Betroffenen, Vorgesetzten, KollegInnen im Umgang mit Diabetes am Arbeitsplatz

3) Betriebliche Gesundheitsförderung²

Bewegung, Ernährung und Stressmanagement vermehrt in betriebliche Präventionsangebote aufnehmen

4) Barrierefreiheit und Inklusion:

Förderung eines offenen, wertschätzenden Betriebsklimas, Unterstützung bei Anpassung von Arbeitszeiten oder -abläufen, wo immer notwendig

5) Schichtarbeit und besondere Belastungen

Einsatzplanung unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustands. Ggf. ist eine Anpassung der Therapie erforderlich.

Verantwortung des Gesetzgebers

Aus sozialmedizinischer Sicht ist eine nachhaltige und sichere Teilhabe am Berufsleben nur gewährleistet, wenn die medizinische Versorgung auf dem aktuellen Stand der Diabetologie erfolgt.

Für Menschen im Erwerbsalter sind Angebote zur Prävention von Typ-2-Diabetes mellitus, Adipositas und Bewegungsmangel unbedingt auszubauen.

Erwerbstätige mit diabetesbedingten Behinderungen oder relevanten gesundheitlichen Einschränkungen benötigen individuelle sachgerechte Unterstützung, um ihre weitere berufliche Teilhabe zu ermöglichen.

² Incidence of type 2 diabetes and metabolic syndrome by Occupation – 10-Year follow-up of the Gutenberg Health Study, Bauer J. et al., BMC Public Health, 2025, 25:502 / <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21732-5>



DDG AUSSCHUSS

Soziales

Zusammenfassung

Gut geschulte und im Umgang mit ihrer Stoffwechselstörung Diabetes mellitus vertraute und verantwortungsbewusste Menschen sind für eine Ausbildung sowie aktive und produktive Berufstätigkeit in fast allen Tätigkeitsbereichen sicher einsetzbar.

Eine erfolgreiche Integration am Arbeitsplatz erfordert eine konsequente, enge Kooperation zwischen allen Beteiligten: betroffenen ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen, behandelnden ÄrztInnen / DiabetologInnen und unterstützendem medizinischem Fachpersonal.

Ziel ist, sowohl die Sicherheit in den Arbeitsprozessen zu gewährleisten, als auch die Leistungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität der Beschäftigten zu sichern und so die Soziallasten der Gesellschaft zu reduzieren.

Anregungen

- Abbau von Vorurteilen und Diskriminierung gegenüber Menschen mit Diabetes durch adäquate Information
- Stärkung arbeitsmedizinischer Kompetenz im Umgang mit chronischen Erkrankungen
- Förderung von Forschung zur arbeitsbezogenen Diabetesversorgung
- Erstellen von Leitlinien zu Diabetes und Arbeit / Berufstätigkeit in Zusammenarbeit zwischen DGUV / DGAUM / VDBW / DDG
- Politische Unterstützung für inklusive Arbeitsumfelder, keine de facto-Berufsverbote
- Schaffung moderner, dem Stand der Wissenschaft angepasster rechtlicher Grundlagen zum Einsatz von Menschen mit Diabetes.
- Untergesetzliche Vorgaben bzgl. des Einsatzes von Menschen mit Diabetes mellitus in sämtlichen Berufen / Tätigkeitsfeldern auf aktuellen Stand der Diabetologie bringen.

Düsseldorf, 30. Januar 2026

Ausschuss Soziales, *Dr. med. Wolfgang Wagener, Sprecher*

Agenda Diabetologie 2030



Agenda Diabetologie 2030 – ein Update

Die Versorgung von 9 Millionen Menschen mit Diabetes mellitus sichern!

Diabetes und Adipositas in Deutschland

In Deutschland leben derzeit 9,3 Millionen Menschen mit einem Diabetes. Bis 2040 werden über 12 Millionen Menschen betroffen sein. Etwa 16 Millionen Menschen in Deutschland – 24 % der Erwachsenen und 6 % der Kinder und Jugendlichen sind von Adipositas betroffen.

Diabetesversorgung in Klinik und Praxis

Mindestens jeder fünfte Mensch, der stationär im Krankenhaus behandelt werden muss, hat einen Diabetes als Begleiterkrankung, d. h. jährlich sind rund 3 Millionen Krankenhauspatientinnen und -patienten mit Diabetes auf qualifizierte Versorgungsstrukturen angewiesen.

Diabetes erfordert häufig angepasste Behandlungsabläufe, Therapieumstellungen und intensiveres Monitoring und ist mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen und verlängerte Krankenhausaufenthalte. Derzeit versorgen etwa 4 300 Internist*innen mit Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ Menschen mit Diabetes. Derzeit ist unklar, wie viele Kliniken die Leistungsgruppe 2 „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ beantragen und vorhalten werden. In der Leistungsgruppe 1 „Allgemeine Innere Medizin“ ist kein Facharzt mit ausgewiesener diabetologischer Expertise vorgesehen.

Diabetologische Expertise muss in diesen beiden sowie in weiteren Leistungsgruppen fest verankert sein – von der Kardiologie über die Chirurgie und die Geriatrie bis hin zur Transplantationsmedizin. Dabei sollte die Diabetologie als integratives Fach der Inneren Medizin eine koordinierende Rolle in der metabolischen Medizin übernehmen, insbesondere bei der Behandlung komplexer metabolischer Multimorbidität.

Die erforderliche diabetologische Spezialexpertise sollte mindestens durch einen Kooperationsvertrag mit einer niedergelassenen diabetologischen Schwerpunktpraxis sichergestellt sein. Die ambulante Versorgung über Hausarztpraxen und diabetologische Schwerpunktpraxen kann den Abbau stationärer Strukturen nicht vollständig kompensieren. Eine gesicherte Finanzierung der Weiterbildung stationär und ambulant ist unabdingbar. So muss die Weiterbildung strukturell in den Leistungsgruppen ebenso verankert und finanziell abgesichert sein wie in der diabetologischen Schwerpunktpraxis.

In den kommenden Jahren wird ein erheblicher Teil des diabetologischen Fachpersonals altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden. Ohne strukturelle Gegenmaßnahmen droht eine weitere Verschärfung der bestehenden Versorgungslücke – mit unmittelbaren Auswirkungen auf Qualität und Menschlichkeit der Diabetesversorgung.



4 300 Internist*innen mit
Zusatzweiterbildung „Diabetologie“



Diabetes – Beruf und wirtschaftliche Auswirkungen

Bei der Wahl ihres Berufes stehen Menschen mit Diabetes grundsätzlich alle Möglichkeiten offen. Aufgrund des Fortschritts in der Diabetestechnologie und der Auswahl an modernen Medikamenten hat sich diese Situation stark verbessert. Auch im Berufsalltag beeinträchtigt die Erkrankung selten so stark, dass sich Menschen mit Diabetes versetzen oder umschulen lassen müssen. Das stärkt in Zeiten des Fachkräftemangels unsere Wirtschaft. Ein gutes Stoffwechselmanagement sowie qualitätsgesicherte Schulungen sind dabei entscheidend.

Dennoch verursacht die Erkrankung enorme volkswirtschaftliche Ausgaben. So fallen für Menschen mit Diabetes durchschnittlich etwa 1,8-fach höhere Kosten an als vergleichbare Versicherte ohne Diabetes. Die jährlichen Gesamtkosten für Diabetes belaufen sich auf etwa 30 Milliarden Euro, inklusive der Folge- und Begleiterkrankungen. Indirekte Kosten, wie Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit, sind hierbei noch gar nicht eingerechnet. Diabetes ist also nicht nur eine ernstzunehmende Volkskrankheit, sondern auch ein volkswirtschaftlicher Faktor.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft fordert von der Bundesregierung Diabetes mellitus erforschen – behandeln – verhindern!

01 Diabetes behandeln

Die Versorgung von Menschen mit Diabetes sichern – heute und morgen!

Klinische Lehrstühle und Behandlungskapazitäten im Bereich der Diabetologie und Endokrinologie sollten an jeder medizinischen Fakultät in Deutschland erhalten und ausgebaut werden.

Die Leistungsgruppe „komplexe Diabetologie/Endokrinologie“ (LG 2) sollte an größeren Krankenhäusern etabliert und dauerhaft gesichert werden. Dies sichert auch diabetologischen Nachwuchs in Klinik und Praxis.

Die Vorhaltepauschalen im Zuge der Krankenhausreform müssen insbesondere für vulnerable Gruppen, z. B. Kinder und multimorbide ältere Menschen, bedarfsgerecht ausgestaltet werden.

Diabetologische Expertise durch ärztlich geführte Behandlungsteams (Diabetes-Units bestehend aus Diabetolog*innen und Gesundheitsfachkräften mit Diabetesexpertise) sollte regelhaft in der allgemeinen Inneren Medizin (LG 1) in Krankenhäusern abgebildet werden.

Zertifizierte DDG-Zentren sollten national als Leuchttürme strukturierter, leitliniengerechter Versorgung gestärkt und sichtbarer gemacht werden.

Die Bereiche „Diabetologie/Endokrinologie“ sollten in den Curricula des Medizinstudiums stetig erweitert werden.



02 Diabetes erforschen

Translationale Forschung stärken und strukturierte Versorgungsforschung etablieren!

Das Fachgebiet der Diabetologie sollte in den Fachgremien der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) entsprechend der Patientenzahlen repräsentiert sein.

Eine nachhaltige Finanzierung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) sollte gesichert werden, um unabhängige und international beachtete wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Diabetes zu generieren.

Ein erleichterter und strukturierter Zugriff auf Forschungsdaten sollte gesichert werden, um einen schnellen Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis zu ermöglichen.



Leitlinienadhärenz und Versorgungsqualität sollten transsektoral messbar gemacht und regelmäßig evaluiert werden – insbesondere bei vulnerablen Gruppen.

Patientenperspektiven und patientenberichtete Outcomes (PROs) sollten systematisch in Versorgung, Qualitätssicherung und digitale Versorgungsstrukturen integriert werden.

03 Diabetes verhindern

Mehr Prävention wagen!

Gesunde Lebensmittel, Obst und Gemüse, sollten dauerhaft von der Mehrwertsteuer befreit werden.

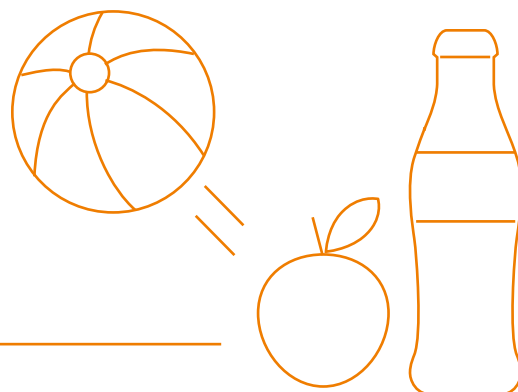
Auf zuckergesüßte Getränke sollte eine Herstellerabgabe nach britischem Modell eingeführt werden, die die Hersteller dazu animiert, Rezepturen anzupassen.

Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung: Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich an Kinder richtet, sollte durch umfassende Regelungen eingeschränkt werden.

Alle Lebensmittel sollten verpflichtend und deutlich sichtbar mit dem Nutri-Score gekennzeichnet werden.

Der gesundheitliche Verbraucherschutz sollte im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verankert werden.

Die „Prävention auf Rezept“ sollte ausgebaut werden und Anwendung von individualisierten Diabetespräventionsprogrammen sollte bei Hochrisikogruppen gefördert werden.



04 Diabetes digital ergänzen

Zukunft gestalten!

Die Etablierung und Nutzung von digitalen Tools

wie Telemedizin, dDMP, DIGAs und Videoschulungen ist zukunftsfähig und unterstützt die diabetologische Versorgung wohnort- und sektorenunabhängig.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit soll erleichtert werden. Hierbei spielen eine enge Verzahnung der dDMP-Entwicklung mit dem Ausbau der elektronischen Patientenakte (ePA) und eine Integration relevanter Module wie beispielsweise elektronischer Medikationsplan (eMP) eine zentrale Rolle.

Eine Erweiterung des Dokumentationsdatensatzes

im dDMP um therapeutisch relevante Informationen wie Hilfsmittel-Reports, Risikofaktoren, individuelle Therapieziele und Laborwerte für eine verbesserte personalisierte Therapie unter Einbindung der Versorgungsebene 3 „Krankenhaus“ soll strukturierte Versorgung optimieren.



Parlamentarisches Frühstück zum dDMP Diabetes mellitus

Strukturiert, evidenzbasiert und menschlich versorgen: Datenschätze digital nutzen.

Datum: Mittwoch, **14. Januar 2026, von 7:30 Uhr bis 9:00 Uhr**

Ort: Deutsche Parlamentarische Gesellschaft (Friedrich-Ebert-Platz 2, 10117 Berlin)

Save
the dates!

Parlamentarischer Jahresempfang 2026

Mit Diabetes mittendrin und nicht am Rande: Wie Gesundheitspolitik die soziale Gerechtigkeit stärken kann.

Datum: Dienstag, **24. Februar 2026, ab 18 Uhr**

Ort: Deutsche Parlamentarische Gesellschaft (Friedrich-Ebert-Platz 2, 10117 Berlin)

Mit Diabetes **mittendrin** und nicht am Rand!



Wie eine wegweisende
Gesundheitspolitik
soziale Gerechtigkeit und
Teilhabe stärken kann.

Komplexe Versorgung angemessen vergüten!



Komplexe chronische Erkrankungen benötigen Zeit, Koordination und strukturierte Therapieprozesse – insbesondere bei vulnerablen Gruppen. Eine Vergütung, die diesen Aufwand nicht abbildet, gefährdet Qualität, Komplikationsprävention und Wirtschaftlichkeit.

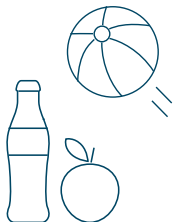
Prävention als Schlüssel für Gesundheit, Wirtschaft und Forschung!

Eine gesunde Bevölkerung ist die Basis für eine leistungsfähige und zukunftsorientierte Wirtschaft.

Eine gezielte Prävention ist Gesunderhaltung für allen Diabetestypen, Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes. Prävention muss an den

Verhältnissen ansetzen und alle Menschen erreichen – unabhängig von Bildung, Herkunft und Einkommen.

Individualisierte Prävention braucht eine gesicherte Diabetesforschung in Deutschland.



Menschen mit Diabetes sind Leistungsträger*innen!

Menschen mit Diabetes sind leistungsfähig und leistungsbereit – beruflich und im Ehrenamt!
Die Mehrzahl der Menschen mit Diabetes ist in allen Berufen und Arbeitsfeldern einsetzbar.

Betriebliche Rahmenbedingungen bilden die Grundlage für ein gelingendes Selbstmanagement und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Digitalisierung und digitale Anwendungen können bei der komplexen und vielschichtigen Diabetesversorgung – ambulant und stationär – unterstützen,
strukturelle
Zugänge
sichern und
Kosten reduzieren.



Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Albrechtstraße 9
10117 Berlin

Tel.: 030 3116937-0
E-Mail: info@ddg.info
www.ddg.info

FACTSHEET

Diabetes in Deutschland

Zahlen, Folgen und Handlungsbedarf



Stand: 23.02.2026

Die Lage in Zahlen: Diabetes in Deutschland – ein kurzer Überblick

- **9,3 Mio.** Menschen leben mit Diabetes in Deutschland
- Prognose: Mind. **12,3 Mio. Betroffene bis 2040**
- **450.000 Neuerkrankungen** jährlich
- **Jede*r 5. Klinikpatient*in** hat einen Diabetes mellitus, den er/sie in die stationäre Behandlung mitbringt
- In Deutschland haben 11,6 % der Männer und etwa 9 % der Frauen einen diagnostizierten Diabetes mellitus.
- **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:**
 - Neuerkrankungen/Jahr: 60 000 (8,2 % aller Schwangeren).
 - Mehr als 7-fach erhöhtes Risiko für späteren Diabetes Typ 2

Warum Diabetes ein gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Problem ist

- **1,5-fach erhöhtes Sterberisiko** im Vgl. zu Menschen ohne Diabetes
- erhöhtes Risiko für **Herzinfarkt und Schlaganfall**
- **Schwerste Folgen:** Sehverlust, Dialyse, Amputation, Herzinfarkt, Schlaganfall
- **Häufigste Folgen:** Bluthochdruck, Nierenschäden, Herzerkrankungen, Polyneuropathie
- **16 % aller Todesfälle** sind mit Typ-2-Diabetes assoziiert
- hohe **Belastung für das Gesundheitssystem und die Sozialkassen**

DIE FOLGEN & DER HANDLUNGSRAHMEN

Viele Betroffene – zu wenig spezialisierte Strukturen

- 1 Hausarzt*in betreut im Schnitt 100 Menschen mit Diabetes
- Diabetes bleibt oft 4–7 Jahre unerkannt
- Diabetologie an Hochschulen kaum strukturell verankert
- spezialisierte Versorgung regional ungleich verteilt

DDG Zertifizierungen – Ziel: flächendeckend qualitativ hochwertige Versorgung

Die Zertifikate der DDG geben Menschen mit Diabetes mellitus und möglichen Folge- und Begleiterkrankungen eine qualitätsbasierte Orientierung bei der Suche nach der passenden Behandlungseinrichtung. Durch die DDG zertifizierte Praxen und Kliniken stehen für evidenzbasierte Patientenversorgung und die Einhaltung hoher leitlinienkonformer Qualitätsstandards und sichern nachgewiesen den Behandlungserfolg von Menschen mit Diabetes (geringere Mortalität in DDG zertifizierten Kliniken).

Mehr Informationen unter: <https://www.ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierung>

Diabetes kostet – vor allem, wenn er zu spät erkannt wird

- Menschen mit Diabetes verursachen **doppelt so hohe Kosten als stoffwechselgesunde Menschen**

- ➔ Derzeit **30 Mrd. € jährlich**
- ➔ Prognose 2040: **bis zu 80 Mrd. € jährlich**

Was diese Zahlen bedeuten

- Diabetes ist eine Volkskrankheit
- Prävention und frühe Diagnose sind gesundheits- und sozialpolitisch relevant
- Versorgung braucht stabile Strukturen und hohe Fachkompetenz
- Investitionen heute vermeiden hohe Folgekosten morgen

Zentrale Forderungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Agenda Diabetologie 2030

1. Diabetes behandeln: Die Versorgung von Menschen mit Diabetes sichern – heute und morgen!

Menschen mit Diabetes brauchen überall Zugang zu qualifizierter Behandlung – unabhängig von Wohnort, Alter oder Versorgungssektor.

2. Diabetes erforschen: Translationale Forschung stärken und strukturierte Versorgungsforschung etablieren!

Translationale Forschung stärken und eine strukturierte Versorgungsforschung etablieren!

3. Diabetes verhindern: Mehr Prävention wagen!

Gesundheitspolitik muss Rahmenbedingungen schaffen, die gesunde Ernährung und Bewegung erleichtern – besonders für Kinder und Familien.

4. Diabetes digital ergänzen: Zukunft gestalten!

Digitale Lösungen wie dDMP, Telemedizin, Videoschulungen und ePA müssen evidenzbasiert, vernetzt und ärztlich begleitet in die Versorgung integriert werden – wohnort- und sektorenunabhängig!

Siehe auch: <https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitspolitische-veroeffentlichungen>

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9300 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.

Weiterführende Quellen:

1. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026:
<https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht>
2. Jacobs, Rathmann, Epidemiologie des Diabetes, Diabetologie und Stoffwechsel 2017, 12(06): 437-446, DOI: 10.1055/s-0043-120034
3. 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
4. Schmidt et al., 2021. BMJ Open 11 (1): e041508. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041508
5. Tönnies et al., 2021. Popul Health Metrics. <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00266-z>
6. 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
7. 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
8. Robert Koch-Institut (RKI) Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance: Diabetes in Deutschland, 2019
https://diabsurv.rki.de/SharedDocs/downloads/DE/DiabSurv/diabetesbericht2019.pdf?__blob=publicationFile&v=12
9. Robert Koch-Institut (RKI), Gesundheitsberichterstattung, 2025
https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/DiabetesMellitus/DiabetesPraevalenz18Plus/diabetesPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2024&geschlecht=2&standardisierung=0
10. Auzanneau M, Fritsche A, Eckert AJ, Seidel-Jacobs E, Heni M, Lanzinger A: Advantages of DDG-certified hospitals for hospitalized patients with diabetes - A nationwide DRG analysis in Germany <https://medrxiv.org/cgi/content/short/2025.04.07.25325368v1>

Pressekontakt DDG:

Michaela Richter/Christina Seddig
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-516/-652, Fax: 0711 8931-167
richter@medizinkommunikation.org
seddig@medizinkommunikation.org

DDG Medienpreise 2026

Jetzt bis 31. Juli 2026 Beitrag einreichen!

Exzellente Beiträge zum Thema „Diabetes ist Vielfalt – Perspektiven, die bewegen“ gesucht

Berlin – Diabetes ist weit mehr als eine medizinische Diagnose. Er prägt Lebenswege – und trifft Menschen in sehr unterschiedlichen Situationen: Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes, ältere Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen, Frauen in Schwangerschaft oder Wechseljahren, Menschen mit Migrationsgeschichte oder in sozial prekären Lebenslagen. Ihre Herausforderungen unterscheiden sich – ebenso wie ihre Chancen auf gute Versorgung, Prävention und Teilhabe. Unter dem Motto „Diabetes ist Vielfalt – Perspektiven, die bewegen“ schreibt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ihren Medienpreis 2026 aus und lädt Journalistinnen und Journalisten ein, ihre Beiträge bis zum 31. Juli 2026 einzureichen.

Mit dem Medienpreis 2026 möchte die DDG journalistische Arbeiten auszeichnen, die diese Vielfalt differenziert darstellen, Betroffene zu Wort kommen lassen und neue Blickwinkel eröffnen – aus dem Alltag, aus der Versorgungspraxis, aus Wissenschaft, Pflege oder Selbsthilfe. Prämiert werden Recherchen, Reportagen, Features, Dokumentationen und audiovisuelle Formate, die Versorgungssituationen, Ungleichheiten und mögliche Lösungsansätze fundiert und anschaulich vermitteln.

„Diabetes ist Vielfalt – und genau diese Vielfalt muss sich auch in der Berichterstattung widerspiegeln“, sagt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der DDG und Vorsitzender der Jury. „Journalistischer Blick und gesellschaftliche Einordnung sind entscheidend, um sichtbar zu machen, wo Versorgung gut funktioniert – und wo Menschen mit Diabetes noch immer benachteiligt sind.“

Im Fokus der Einreichungen können unter anderem stehen:

- Berichte über multimorbide Patientinnen und Patienten mit Diabetes und ihre Versorgungsrealität
- Beiträge zu Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit Diabetes
- Reportagen über Frauen mit Diabetes, etwa in Schwangerschaft, Wechseljahren oder Pflegeverantwortung
- Perspektiven älterer Menschen mit Diabetes
- Darlegungen über soziale Ungleichheit, Versorgungslücken oder vulnerable Gruppen
- Innovative Ansätze in Prävention, Versorgung, Aufklärung oder Selbstmanagement, die Vielfalt berücksichtigen
- Stimmen aus Praxis, Pflege, Wissenschaft oder Selbsthilfe, die neue Blickwinkel eröffnen

Eine moderne Diabetesversorgung muss mehr leisten als Blutzuckerwerte zu regulieren. Sie muss Lebensphasen berücksichtigen, Begleiterkrankungen einbeziehen, geschlechtsspezifische Unterschiede ernst nehmen und soziale Rahmenbedingungen mitdenken. Dafür braucht es eine verständliche Berichterstattung, die komplexe medizinische und gesundheitspolitische Zusammenhänge erklärt und den Menschen hinter der Diagnose eine Stimme gibt.

Einreichungen und Formalia

Der Einsendeschluss für die Kategorien **Hören** (Hörfunk und andere Audio-Formate wie Podcasts), **Sehen** (Fernsehen und andere visuelle Formate wie YouTube-Videos) und **Lesen** (Printbeiträge aus Zeitschriften und Zeitungen, Online-Artikel, Blogs) ist der 31. Juli 2026.

Bitte reichen Sie Ihren Beitrag per Email an roth@medizinkommunikation.org ein und fügen Sie folgende

Weitere Details zu Kategorien, Bewertungskriterien, Preisgeldern und Teilnahmebedingungen finden Sie unter:

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

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9300 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:

Lisa Ehlertrup-Roth

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-833

roth@medizinkommunikation.org