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

***„Diabetologie der Zukunft: KI nutzen, Teilhabe sichern, nachhaltig handeln“***

**Termin:** Freitag, 13. November 2026, 12.30 bis 13.30 Uhr
**Ort:** Festsaal in der Messe Dresden oder online unter
https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_q-SZ6mtQQZG-sx-Nm9MiQw

**Themen und Referierende:**

**App, Appetit und Algorithmen: was neue Diabetestechnologien im Alltag wirklich leisten – Erfahrungen aus Klinik und Praxis**
*Universitätsprofessorin Dr. med. Susanne Reger-Tan*
Tagungspräsidentin und Direktorin an der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät OWL, Universität Bielefeld
und
*Dr. med. Sandra Schlüter*
Tagungspräsidentin und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologin und Diabetologin in der Diabetespraxis Northeim

**Jugendliche mit Typ-1-Diabetes stärken: was Schulung heute leisten muss – und wo KI helfen kann**
*Sarah Biester*
Diabetesberaterin/Diabetescoach DDG, Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Hannover

**Grün denken, digital handeln, besser versorgen: wie nachhaltige Diabetologie gelingen kann**
*PD Dr. med. Sebastian Petry*
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Umwelt & Klima der DDG, Oberarzt der Medizinischen Klinik und Poliklinik III der Universitätsklinikum Gießen und Marburg

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

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

**20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 13. bis 14. November 2026**

## Diabetes: Gewohnte Technik soll auch in Klinik und Pflege sicher nutzbar bleiben

Sichere Anwendung braucht klare Zuständigkeiten und geschulte Teams

**Dresden, 13. November 2026 – Menschen mit Diabetes bringen ihre Glukosesensoren und Insulinpumpen zunehmend mit ins Krankenhaus oder in die Pflege. Ihre gewohnte Behandlung sollte dort nicht ohne medizinischen Grund unterbrochen werden. Dafür braucht es klare Zuständigkeiten, geschulte Teams und Zugriff auf die Gerätedaten. Neue Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) beschreiben, wie die Technik sicher eingesetzt werden kann. Auf der heutigen Kongress-Pressekonferenz zur Diabetes Herbsttagung erläutern Expertinnen, warum Geräte allein noch keine gute Versorgung gewährleisten.**

Glukosesensoren messen den Zucker im Gewebe und machen Veränderungen im Verlauf sichtbar. In Verbindung mit einer Insulinpumpe und einem Steuerungsprogramm können sie die Insulinabgabe automatisch anpassen. Bei einer Krankenhausaufnahme muss jedoch geklärt sein, unter welchen Bedingungen Betroffene ihre Systeme weiter nutzen können und wer die Behandlung überwacht.

**Sensorwerte müssen zu sicheren Entscheidungen führen**

„Die gewohnte Technik sollte nicht allein deshalb wegfallen, weil jemand ins Krankenhaus kommt. Entscheidend ist, ob sie in der jeweiligen medizinischen Situation sicher weitergenutzt werden kann und wer die Therapie steuert“, erklärt Universitätsprofessorin Dr. med. Susanne Reger-Tan, Tagungspräsidentin und Direktorin der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie am Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum und Medizinische Fakultät OWL der Universität Bielefeld.

Eine randomisierte Studie bei Menschen mit Typ-2-Diabetes auf Normalstationen zeigt den Nutzen fachlich begleiteter Sensormessungen: Steuerte ein Diabetesteam die Insulintherapie anhand kontinuierlicher Sensorwerte statt einzelner Blutzuckermessungen, lagen die Werte 15 Prozentpunkte länger im Zielbereich. Untersucht wurden dabei vom Krankenhaus eingesetzte Sensoren, nicht die mitgebrachten Geräte der Betroffenen. Wie Patientinnen und Patienten ihre eigenen Sensoren und Insulinsysteme während eines Klinikaufenthalts von der Aufnahme bis zur Entlassung sicher weiter nutzen können, beschreibt die neue DDG Praxisempfehlung „Diabetestechnologie im Krankenhaus“. Damit Sensor- und Insulindaten allen Behandelnden zur Verfügung stehen, fordert die DDG offene, standardisierte Schnittstellen der Geräte und Software, die diese Daten übernehmen und verarbeiten kann.

**Auch in der Pflege braucht es klare Verantwortung**

Wer seit Jahren einen Sensor nutzt, sollte diese Unterstützung beim Eintritt in die Pflege nicht automatisch verlieren. Gerade wenn Menschen Unterzuckerungen nicht zuverlässig wahrnehmen,

kann die kontinuierliche Messung helfen, gefährliche Verläufe früh zu erkennen. Dafür müssen Einrichtungen festlegen, wer Alarme erhält, wie darauf reagiert wird und wann ärztliche Unterstützung notwendig ist.

„Ein Alarm schützt nur, wenn jemand ihn wahrnimmt und weiß, was zu tun ist. Pflegekräfte brauchen einen individuellen ärztlichen Therapieplan, klare Zuständigkeiten und regelmäßige Schulungen zusätzlich zur technischen Einweisung“, betont Dr. med. Sandra Schlüter, Tagungspräsidentin und Vorständin der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG sowie Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologin in der Diabetespraxis Northeim, Behandlungs- und Schulungszentrum Süd-Niedersachsen. Eine weitere DDG Praxisempfehlung zur Diabetestechnologie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird in Kürze veröffentlicht.

**Gerätebedienung ersetzt keine Diabetesschulung**

Den Unterschied zwischen Einweisung und Schulung verdeutlichte Sarah Biester auf der Pressekonferenz am Beispiel Jugendlicher mit Typ-1-Diabetes. „Zu wissen, wie man eine Pumpe bedient, reicht nicht aus. Jugendliche müssen verstehen, welche Aufgaben das System übernimmt und was sie selbst tun müssen – auch bei Krankheit oder technischen Ausfällen“, erklärt die Diabetesberaterin und Diabetescoach DDG am Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult in Hannover.

Das Fazit der Expertinnen: Technik braucht qualifizierte Begleitung – im Krankenhaus, in der Pflege und beim Selbstmanagement im Alltag. Sichere Anwendung, Schulung und vernetzte Versorgung waren zentrale Themen der 20. Diabetes Herbsttagung, die am 13. und 14. November 2026 in Dresden stattfand.

Weitere Informationen:

Olsen MT, Klarskov CK, Jensen SH et al. In-hospital diabetes management by a diabetes team and insulin titration algorithms based on continuous glucose monitoring or point-of-care glucose testing in patients with type 2 diabetes (DIATEC): a randomized controlled trial. Diabetes Care 2025;48(4):569–578. doi:10.2337/dc24-2222

Reger-Tan S et al. Diabetestechnologie im Krankenhaus. DDG Praxisempfehlung. Diabetol Stoffwechs 2026; 21: S1–S17. doi:10.1055/a-2933-8119

Schlüter S, Uhlig M, Bahrmann A, Schöning D, Lee-Barkey YH, Freckmann G, Lange K. Diabetestechnologie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Schwerpunkt kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) – Praxisempfehlung der DDG. Diabetol Stoffwechs 2026. doi 10.1055/a-2934-3442

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

**DDG Medienpreise 2026**

„Diabetes ist Vielfalt – Perspektiven, die bewegen
**Ausgezeichnete Beiträge zeigen die vielen Facetten von Diabetes**

**Dresden, 13. November 2026 – Diabetes hat viele Gesichter und betrifft Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenssituationen. Die journalistische Auseinandersetzung mit diesen Perspektiven schafft Aufmerksamkeit, fördert Verständnis und macht medizinische wie gesellschaftliche Zusammenhänge sichtbar. Unter dem Motto „Diabetes ist Vielfalt – Perspektiven, die bewegen" hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) drei journalistische Beiträge mit ihren Medienpreisen 2026 ausgezeichnet: einen Zeitschriftenartikel über psychische Belastungen im Umgang mit Diabetes, einen Podcast über das Aufwachsen mit Typ-1-Diabetes und einen Fernsehbeitrag über komplexe Stoffwechselforschung.**

„Die ausgezeichneten Arbeiten zeigen, wie unterschiedlich Menschen mit Diabetes leben und welche persönlichen, medizinischen und gesellschaftlichen Fragen und Herausforderungen damit verbunden sind. Guter Journalismus macht diese Vielfalt sichtbar, ordnet wissenschaftliche Erkenntnisse ein und gibt Betroffenen eine Stimme", betont Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Pressesprecher der DDG.

**Medienpreis Kategorie Lesen: Psychische Belastungen sichtbar machen**
In „Zoff mit dem Zucker" veranschaulicht Anke Nolte anhand der Geschichte eines Betroffenen, welche psychischen Belastungen mit Diabetes und seiner Behandlung verbunden sein können. Der Artikel stellt auch die Psychodiabetologie vor, die psychische Aspekte der Diabetesversorgung in den Blick nimmt. Vera Cordes, Medizinjournalistin und Moderatorin des NDR-Gesundheitsmagazins „Visite" sowie im ARD Kompetenzcenter Gesundheit, gehörte zur Jury. Sie würdigt die Verbindung von persönlicher Erfahrung und wissenschaftlicher Einordnung: „Der Artikel macht die psychische Belastung anschaulich und zeigt zugleich Chancen auf, damit konstruktiv umzugehen. Er trägt dazu bei, Vorurteile abzubauen und erkrankte Menschen zu entstigmatisieren."

**Medienpreis Kategorie Hören: Mit Typ-1-Diabetes aufwachsen**
Der Podcast „kernig & gesund | Der Gesundheits-Podcast mit Mario D. Richardt" erzählt in Folge 100 unter dem Titel „Wir können alles essen, nur nicht zu jeder Zeit" von einem Mädchen, das an Typ-1-Diabetes erkrankt. Neben dem betroffenen Kind kommen Familienmitglieder und Therapeuten zu Wort. Wissenschaftliche Erklärungen ergänzen die persönliche Geschichte; auch die Entwicklung über mehrere Jahre wird nachvollziehbar. Professor Gallwitz betont: „Der Podcast vermittelt einfühlsam ein individuelles Schicksal. Die unterschiedlichen Stimmen und der Blick auf den Verlauf über die Jahre machen ihn besonders aufschlussreich."

**Medienpreis Kategorie Sehen: Komplexe Stoffwechselforschung verständlich erklärt**
Mit „Stoffwechsel-Update: Was pusht unsere Energie?" wurde ein Beitrag von Frédérique Veith für 3sat ausgezeichnet. Der Film vermittelt komplexe Zusammenhänge der Stoffwechselforschung anhand grafischer Darstellungen und persönlicher Beispiele. Jurymitglied Antje Harders, Medizinjournalistin und Textchefin bei Hubert Burda Media, hebt die Qualität der Wissensvermittlung hervor: „Der Beitrag erklärt ein kompliziertes Forschungsthema besonders

tiefgehend und präzise. Die grafischen Einspieler und gut ausgewählten persönlichen Beispiele helfen, die Zusammenhänge zu verstehen.“

**Guter Journalismus schafft Verständnis**
„Gesundheitsjournalismus kann Brücken schlagen – zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit und zwischen den unterschiedlichen Lebensrealitäten von Menschen mit Diabetes. Die ausgezeichneten Beiträge zeigen, wie persönliche Geschichten und fundierte Wissensvermittlung dazu beitragen, Diabetes in seiner ganzen Vielfalt zu verstehen“, so Gallwitz.

Die DDG verlieh die drei Medienpreise am 13. November 2026 bei der Eröffnungsveranstaltung der Diabetes Herbsttagung in Dresden. Die Auszeichnungen in den Kategorien Lesen, Hören und Sehen sind jeweils mit 2.000 Euro dotiert. Seit 2011 würdigt die Fachgesellschaft jährlich journalistische Beiträge, die unterschiedliche Aspekte von Diabetes aufgreifen und einem breiten Publikum zugänglich machen.

*Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der*
*20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)*
*Freitag, 13. November 2026, 12.30 bis 13.30 Uhr*

**S T A T E M E N T**

**App, Appetit und Algorithmen: was neue Diabetestechnologien im Alltag wirklich leisten – Erfahrungen aus Klinik und Praxis**

Universitätsprofessorin Dr. med. Susanne Reger-Tan, Tagungspräsidentin und Direktorin an der Klinik für Diabetologie und Endokrinologie, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät OWL, Universität Bielefeld
und
Dr. med. Sandra Schlüter, Tagungspräsidentin und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologin und Diabetologin in der Diabetespraxis Northeim

**Kernbotschaft**

Glukosesensoren allein oder in Kombination mit Insulinpumpen und einem Algorithmus zur automatisierten Insulinabgabe (AID) oder smarte Insulinpen-Systeme mit Algorithmussteuerung über eine APP begleiten Menschen mit Diabetes inzwischen von der Praxis bis ins Krankenhaus und in die Pflege. Randomisierte Studien belegen, dass diese modernen Therapiesysteme nicht nur im Alltag zu Hause, sondern auch im Krankenhaus die Sicherheit erhöhen können, wenn qualifizierte Teams sie steuern und ihre Daten in die Dokumentation einfließen. Künstliche Intelligenz kann die Therapie zusätzlich erleichtern, sofern sie auf geprüftem Fachwissen beruht und im Versorgungsalltag evaluiert wird.

**Insulintherapie im Alltag: smarte Pen-Systeme und automatisierte Insulinabgabe richtig einordnen**

Smarte Insulinpen-Therapiesysteme können Insulindaten und Glukoseverläufe verknüpfen und mithilfe von Algorithmen individuelle Vorschläge für Mahlzeiten- oder Korrekturinsulin geben. Sie kommen grundsätzlich für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes infrage, die Insulin anwenden. Die Insulindosis und -gabe bleiben dabei in der Verantwortung der Nutzerinnen und Nutzer.

Damit unterscheiden sich smarte Pen-Systeme von Insulinpumpen mit automatisierten Insulindosierungssystemen (AID), die Insulin teilweise oder vollständig selbstständig anpassen und abgeben. Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT) ordnet smarte Pen-Systeme als eigenständige Therapieoption für die intensivierte Insulintherapie mit mehrfach täglichen Insulininjektionen ein [1].

**Krankenhaus: Sensoren erhöhen die Sicherheit**

Von 43,4 Millionen Krankenhausfällen der Jahre 2021 bis 2023 hatten 8,1 Millionen eine dokumentierte Diabetesdiagnose (18,5 Prozent) [2]. Meist ist der Diabetes dabei Begleiterkrankung einer anderen Aufnahmeursache, etwa einer Herzoperation oder einer Infektion, und viele Betroffene bringen ihre eigene Technologie mit.

In einer randomisierten Studie auf Normalstationen lagen die Glukosewerte 15 Prozentpunkte länger im Zielbereich, wenn ein Diabetesteam die Insulintherapie anhand der Sensorwerte steuerte, bei geringerem Insulinbedarf und selteneren Komplikationen [3]. Auch unter Krankenhausbedingungen und bei Diabetesnotfällen messen aktuelle Sensoren zuverlässig [4, 5]. Für die Pflege bedeutet das weniger

Fingerstiche: In einer Klinik mit klinikweiter Regelung bevorzugten 80 Prozent der befragten Pflegekräfte die kontinuierliche Messung [6].

Das im September 2026 veröffentlichte Positionspapier von EASD und ADA gibt praxisnahe Empfehlungen für Sensoren, Insulinpumpen und automatisierte Systeme im Krankenhaus und nennt als Ziel mehr als 60 Prozent der Zeit im Bereich von 70 bis 180 mg/dL [7]. Mit der neuen DDG-Praxisempfehlung „Diabetestechnologie im Krankenhaus“ steht Kliniken in Deutschland nun ein praxisnaher Leitfaden zur Verfügung, der entlang des gesamten Aufenthalts von der Aufnahme über die Operation und Bildgebung bis zur Entlassung zeigt, wie Patientinnen und Patienten ihre eigenen Systeme sicher weiter nutzen und Sensorwerte in die Therapiesteuerung einfließen [8].

Ihren vollen Nutzen entfalten diese Daten erst, wenn sie in die Krankenhausdokumentation einfließen. Im Hackathon GluCode haben interprofessionelle Teams aus Diabetologie, IT und Controlling von vier Kliniken auf der DiaTec im Januar 2026 innerhalb von 48 Stunden eine gemeinsame Lösung entwickelt, die die multimodale diabetologische Komplexbehandlung und die Nutzung automatisierter Insulinabgabe im Krankenhausinformationssystem abbildet. Beides war dort bislang nicht oder an unterschiedlichen Stellen dokumentiert, sodass der Aufwand der diabetologischen Betreuung nun einheitlich sichtbar wird. Die Einbindung weiterer Diabetestechnologie ist der nächste Schritt.

**Pflege: Technologie über den Heimeintritt hinaus erhalten**

Mit den Menschen, die seit Jahren Sensoren und automatisierte Insulinabgabe nutzen, gelangt diese Technologie zunehmend in die ambulante und stationäre Pflege. Der Eintritt in die Pflege darf nicht zum Absetzen der gewohnten Therapie führen, denn gerade bei eingeschränkter Wahrnehmung von Unterzuckerungen schützt die kontinuierliche Messung die Betroffenen und verringert zugleich den Aufwand für Glukosekontrollen. Die neue DDG-Praxisempfehlung „Diabetestechnologie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen“ beschreibt, wie die kontinuierliche Glukosemessung dort sicher weitergeführt oder neu begonnen wird, mit einem patientenbezogenen ärztlichen Therapieplan, getrennt organisierter technischer Einweisung und pflegerischer Schulung sowie klaren Zuständigkeiten für Alarme und Eskalation [9].

**Künstliche Intelligenz: Entlastung auf Grundlage geprüften Wissens**

Für die Insulindosis zur Mahlzeit müssen Kohlenhydrate auch unter automatisierter Insulinabgabe weiterhin geschätzt werden, und Apps, die Mahlzeiten per Foto analysieren, versprechen hier Entlastung. Eine aktuelle Studie zeigt jedoch, dass KI-Modelle für dieselbe Mahlzeit je nach Aufnahmewinkel und Anrichtung unterschiedliche Kohlenhydratmengen schätzen und selbst bei wiederholter Anfrage zum selben Foto schwankende Werte liefern, das neuere der beiden geprüften Modelle sogar stärker als das ältere [10]. Eine einzelne Fotoschätzung ist damit noch keine verlässliche Grundlage für eine Insulindosis.

Die DDG setzt daher auf KI, die auf geprüftem Wissen beruht. Das Dialogsystem MiA („My interactive Assistant“) beantwortet Fragen von Menschen mit Diabetes und Behandelnden auf Grundlage der Leitlinien und Praxisempfehlungen der Fachgesellschaft und wurde 2026 mit der Adam-Heller-Projektförderung der DDG ausgezeichnet. Vor einem breiten Einsatz wird es in zwei von der Ethikkommission positiv bewerteten Studien auf Korrektheit, Verständlichkeit und Nutzen im Alltag geprüft.

**Was es jetzt braucht**

1. **Technologie mitnehmen:** Menschen mit Diabetes müssen ihre Sensoren und Insulinsysteme im Krankenhaus und in der Pflege weiter nutzen können. Die beiden neuen DDG-Praxisempfehlungen bilden die Grundlage für verbindliche Verfahrensanweisungen [8, 9].

2. **Daten für alle Behandelnden:** Hersteller von Glukosesensoren, Insulinpumpen und AID-Systemen müssen ihre Daten über offene, standardisierte Schnittstellen bereitstellen, auch gegenüber dem Krankenhaus während der stationären Behandlung. Praxis- und Krankenhaussoftware muss diese Daten übernehmen und verarbeiten können [11]. So erreichen die Daten alle Behandelnden, auch beim Wechsel zwischen Praxis, Klinik und Pflege.
3. **Qualifiziertes Personal stärken und Schulung sichern:** In Krankenhäusern, in der Pflege und in der ambulanten Versorgung braucht es qualifizierte Teams für die sichere Anwendung von Diabetestechnologie. Schulungen sollten durch diese bestehenden Strukturen der Diabetesversorgung erfolgen, nicht in parallelen Angeboten außerhalb der Diabetesversorgung. Strukturierte Schulung und regelmäßige Fortbildungen sichern die Qualität, denn ohne qualifiziertes Personal bleibt der Nutzen der Technologie begrenzt.

**Fazit**

Diabetestechnologie ist in Praxis, Klinik und Pflege angekommen und kann die Versorgung sicherer machen, wenn qualifizierte Teams sie begleiten und ihre Daten alle Behandelnden erreichen. Künstliche Intelligenz kann diese Entwicklung unterstützen, sofern sie auf geprüftem Wissen beruht. Das Motto der Herbsttagung, „Diabetes. Digital. Denken.“, fasst diesen Anspruch zusammen.

**Mehr dazu auf der Herbsttagung**

| Thema | Symposium | Zeit und Ort |
|---|---|---|
| Insulintherapie und AID | Moderne Insulintherapie im klinischen Alltag (Vortrag Sandra Schlüter) | Fr 13.11., 14:45 Uhr, Halle 3 – Ost |
| Praxisempfehlungen, Insulinapplikation und Diabetestechnologie im Krankenhaus | Praxisempfehlungen & Leitlinien (Vorträge Susanne Reger-Tan und Sandra Schlüter) | Sa 14.11., 9:00 Uhr, Halle 1 – A |
| AGDT-Praxisempfehlung | Insulintherapie, AID und Pumpen, Pens und Algorithmen | Sa 14.11., 13:00 Uhr, Halle 1 – A |
| GluCode | Warum Digitalisierung jetzt Versorgung entscheidet (Vortrag Annette Ahollinger) | Fr 13.11., 8:30 Uhr, Saal Hamburg 1 |
| Pflege | CGM im Alter (AG Geriatrie & Pflege) | Fr 13.11., 8:30 Uhr, Saal Hamburg 2 |
| Apps im Praxisalltag | Technik für den Alltag oder für die Tonne? | Fr 13.11., 16:30 Uhr, Halle 1 – C |

| Thema | Symposium | Zeit und Ort |
|---|---|---|
| MiA | Digitalisierung, KI und die Zukunft der Patientenversorgung | Fr 13.11., 14:45 Uhr, Saal Hamburg 1 |
| Künstliche Intelligenz | Künstliche Intelligenz in der Diabetesversorgung | Fr 13.11., 14:45 Uhr, Halle 1 – C |

**Interessenkonflikte:** Susanne Reger-Tan erhielt Vortragshonorare von Abbott, Bayer, Berlin-Chemie, Boehringer Ingelheim, Dexcom, Eli Lilly, Novo Nordisk, Sanofi Aventis und SinoCare, Forschungsunterstützung von Abbott, Amgen, Apo Science, Applied Therapeutics, AstraZeneca, Bayer, Boehringer Ingelheim, Dexcom, Eli Lilly, Hoffmann-La Roche, NeoplasMed, Novartis und Novo Nordisk sowie Beratungshonorare von Abbott, Boehringer Ingelheim, Dexcom, Insulet, Novo Nordisk, Sanofi Aventis und SinoCare.
Sandra Schlüter erhielt Vortrags- und Beratungshonorare von Abbott, Ascensia, Berlin-Chemie, Dexcom, Diabeloop, Glooko, Insulet, LifeScan, Lilly, Medtronic, Menarini, Novo Nordisk, Roche, Sanofi, ViCentra und Ypsomed.

**Literatur**

1. Schlüter S, Freckmann G, Lange K. Ein Kommentar der AGDT zu smarten Insulinpen-Therapiesystemen: Begriffsdefinitionen in der Insulinpentherapie (digital – connected – smart), diabetologische/ therapeutische Einordnung, Abgrenzung gegenüber automatisierten Insulindosierungssystemen (AID). Die Diabetologie. 2026. https://doi.org/10.1007/s11428-026-01436-z
2. Auzanneau M, Fritsche A, Eckert AJ, Seidel-Jacobs E, Heni M, Lanzinger S. In-hospital outcomes of adults with diabetes treated in certified vs. non-certified hospitals: a nationwide analysis of German DRG statistics. Front Health Serv 2026;6:1782882. doi:10.3389/frhs.2026.1782882
3. Olsen MT, Klarskov CK, Jensen SH et al. In-hospital diabetes management by a diabetes team and insulin titration algorithms based on continuous glucose monitoring or point-of-care glucose testing in patients with type 2 diabetes (DIATEC): a randomized controlled trial. Diabetes Care 2025;48(4):569–578. doi:10.2337/dc24-2222
4. van Baal L, Heinemann L, Reinold J, von Conta J, Bahnsen FH, Kleesiek J, Führer D, Tan S. Accuracy and reliability of intermittent scanning and real-time continuous glucose monitoring systems in diabetes emergencies. J Diabetes Sci Technol 2026;20(5):1595–1603. doi:10.1177/19322968251334633. PMID: 40265636
5. von Conta J, Bahnsen FH, Heinemann L, van Baal L, Kleesiek J, Führer-Sakel D, Tan S. Advancing continuous glucose monitoring for inpatient clinical decision support: individual algorithmic mean absolute relative difference. Diabetes Care 2026;49(1):99–104. doi:10.2337/dc25-1494. PMID: 41183297
6. Lee MY, Seav SM, Ongwela L et al. Empowering hospitalized patients with diabetes: implementation of a hospital-wide CGM policy with EHR-integrated validation for dosing insulin. Diabetes Care 2024; 47(10):1838–1845. doi:10.2337/dc24-0626. PMID: 39140891

7. Olsen MT, Spanakis EK, Thabit H et al. An international position statement on practical approaches for inpatient continuous glucose monitoring, insulin pumps and automated insulin delivery systems in adults. Diabetologia 2026. doi:10.1007/s00125-026-06838-8 (zeitgleich in Diabetes Care, doi:10.2337/dci26-0091)

8. Reger-Tan S et al. Diabetestechnologie im Krankenhaus. DDG-Praxisempfehlung. Diabetol Stoffwechs 2026;21:S1–S17. doi:10.1055/a-2933-8119

9. Schlüter S, Uhlig M, Bahrmann A, Schöning D, Lee-Barkey YH, Freckmann G, Lange K. Diabetestechnologie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Schwerpunkt kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM). DDG-Praxisempfehlung. Manuskript, Stand August 2026. [in press]

10. Wang Z, Lane D, Waki K. Toward robust AI-assisted dietary assessment for diabetes self-management: quantifying and decomposing large language model prediction variability from meal images. JMIR Diabetes 2026;11:e102715. doi:10.2196/102715. PMID: 42696510

11. § 374a SGB V: Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Hilfsmitteln und Implantaten.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*
Dresden, November 2026

*Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der*
*20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)*
*Freitag, 13. November 2026, 12.30 bis 13.30 Uhr*

**S T A T E M E N T**

**Jugendliche mit Typ-1-Diabetes stärken: was Schulung heute leisten muss – und wo KI helfen kann**
Sarah Biester, Diabetesberaterin/Diabetescoach DDG, Kinder- und Jugendkrankenhaus Auf der Bult, Hannover

Diabetestechnologien wie automatisierte Insulindosierungssysteme (AID), Glucosesensoren (CGM) und Apps zur Unterstützung bei der Kohlenhydratberechnung sind in der pädiatrischen Diabetologie seit vielen Jahren Standard. Die Leitlinien der pädiatrischen Diabetologie (1) empfehlen das Angebot eines AID-Systems für alle Kinder und Jugendlichen.

Die aktuellen Daten zeigen eine Nutzung von AID-Systemen von über 50 Prozent und eine CGM-Nutzung von bereits über 90 Prozent (2). Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren mit Typ-1-Diabetes sind mit Technologien in ihrem Alltag bereits von Kindheit an vertraut. Sie haben in der Schule und ihrem Alltag bereits Erfahrung gesammelt und verfügen fast alle über ein Smartphone mit unterschiedlichen Nutzungen von Apps. Diese Fähigkeiten spielen in der Beratung und Schulung von Jugendlichen eine große Rolle. Der Zeitaufwand, wie die Technologie benutzt wird, ist häufig gering. Auch die Bereitschaft, sich auf Technik zu verlassen, ist in dieser Altersgruppe hoch.

Rechtlich ist Diabetesschulung klar von der technischen Geräteeinweisung abzugrenzen. Das Erläutern der Bedienung in der Einweisung der unterschiedlichen Geräte ist eine reine Informationsweitergabe. Jedoch ist es wichtig, die Inhalte der Schulungen individuell, alltagsnah, strukturiert, alters- und entwicklungsabhängig zu gestalten. Praktisch ist hier eine klare Trennung selten möglich. Moderne Diabetesschulung bedeutet somit herauszufinden, welche Bedürfnisse die Jugendlichen in ihrem Alltag haben und wie die Technologie dabei unterstützen kann. In der Beratung, welches System möglicherweise am besten passt, sollte das Erfragen des Alltagsablaufes (Schule, Sport, Hobbys) eine wichtige Rolle spielen.

AID-Systeme zeigen durch die automatisierte Insulinabgabe eine Stoffwechselverbesserung gegenüber einer Pen-Therapie (3). Jugendliche sollten das System so weit verstehen, dass sie wissen, welche Aufgaben die Automatisierung übernimmt und welche Aufgaben weiterhin selbst durchzuführen sind. Das Bolusmanagement ist dabei relevant, um Hypo- und Hyperglykämien vorzubeugen.

Besondere Situationen wie Krankheit, Ausfall von Pumpe, Sensor oder Smartphone sind Themen, für die Lösungskonzepte durch die Jugendlichen (auch mit Hilfe der Eltern) erarbeitet werden. Weiterhin sind die Einstellungen der Alarme ein notwendiger Schulungsinhalt. Nicht die Empfehlungen des Diabetesteams sollten hierbei die Grundlage sein, sondern die aktive Nachfrage, wann Jugendliche einen ersten Hinweis auf zu hohe oder zu niedrige Glukosewerte erhalten möchten. Nur mit individuellen Zielen erfolgt eine angemessene Reaktion anstatt eines blinden Bestätigens der Alarme.

KI kann möglicherweise in der Berechnung von Kohlenhydraten eine Unterstützung sein. Verschiedene Apps oder Large Language Models (LLMs) können einen Hinweis auf Menge und Zusammensetzung der zu berechnenden Mahlzeit geben. Ausreichende wissenschaftliche Evidenz gibt es dazu noch nicht (4). Die Nutzung solcher Hilfsmittel als Unterstützung setzt eine Basisschulung zur Berechnung von Kohlenhydraten (KH) sowie allgemeine Ernährungsempfehlungen voraus, die alle Jugendlichen bei Manifestation erhalten

sollten. Kontinuierliches praktisches Training wie das Abwiegen von Mahlzeiten ist eine absolute Voraussetzung, um im Verlauf der eigenen Behandlung dann ein Gefühl für die KH-Schätzung zu entwickeln. Um die Behandlung des Diabetes und die Bedienung der Systeme sicher und selbstständig zu erlernen und im weiteren Verlauf zu nutzen, sind Übung und Analyse verschiedener Alltagssituationen wichtig. Jugendliche müssen in ihrem Selbstmanagement befähigt werden. Wenn die Glukosewerte nach einem Pizzaessen sich nicht wie erwartet verhalten, sollte die Diabetesberatung gemeinsam mit Jugendlichen und Eltern verschiedene Lösungen besprechen. Schuldzuweisungen oder eine „Nicht kümmern"-Unterstellung sind dabei zu vermeiden. Vielmehr sollten Fakten erfragt werden: Wie viel KH wurden berechnet? Wann wurde Insulin gegeben? Welche Tageszeit? Welche Aktivität davor/danach? Bist du zufrieden mit dem Verlauf? Möchtest du etwas ändern und hast du eine Idee?

Wertschätzende Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung sind auch bei der Schulung von Jugendlichen essenzielle Bestandteile, um diese für ein Leben mit T1D zu empowern.

**Interessenkonflikte**: Advisory Board: Medtronic, Glooko
Vortragshonorare: Ypsomed, Vitalaire, Menarini, Abbott, Glooko, Insulet, Novo Nordisk

**Literatur**

(1) Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Hrsg. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. AWMF-Registernummer: 057–016. Version 4, 2023. https://register.awmf.org/assets/guidelines/057–016l_S3_Diagnostik-Therapie-Verlaufskontrolle-Diabetes-mellitus-Kinder-Jugendliche_2023–11.pdf
(2) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026, DDG und diabetesDE, MedTriX Verlag, https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht abgerufen am 13.09.2026
(3) de Visser HS, Waraich S, Chhabra M, Yamamoto J, Zenlea I, Askin N, Rabbani R, McGavock J; TEAM Trial Patient Coresearchers. Automated Insulin Delivery Systems and Glucose Management in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2025 Nov 1;179(11):1162-1171. doi: 10.1001/jamapediatrics.2025.2740. PMID: 40920375; PMCID: PMC12418225.
(4) Hu S, Lin B, Lin F. Evaluation of large language model-generated information in diabetes health patient education: a scoping review. Front Public Health. 2026 Jun 23;14:1850486. doi: 10.3389/fpubh.2026.1850486. PMID: 42415766; PMCID: PMC13337864.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*
Dresden, November 2026

*Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der*
*20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)*
*Freitag, 13. November 2026, 12.30 bis 13.30 Uhr*

## S T A T E M E N T

**Grün denken, digital handeln, besser versorgen: wie nachhaltige Diabetologie gelingen kann**

PD Dr. med. Sebastian Petry, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Umwelt & Klima der DDG, Oberarzt der Medizinischen Klinik und Poliklinik III der Universitätsklinikum Gießen und Marburg

**Was bedeutet nachhaltige Diabetologie konkret?**

Im Rahmen des Diabetesmanagements fallen viele komplexe Abfälle an, insbesondere bei der Nutzung von Diabetestechnologie wie Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung und Insulinpumpen. Aktuell gibt es wenig Handlungsspielraum für Menschen mit Diabetes und ihre Diabetesteams, zum Beispiel über die Bevorzugung wiederverwendbarer Insulinpens gegenüber Einwegpens, wenn medizinisch vertretbar.

Nachhaltige Diabetologie berücksichtigt die ökologischen und ökonomischen Folgen der Diabetesbehandlung – ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern. Das betrifft den gesamten Lebenszyklus eines Medizinprodukts: von der Materialauswahl über Herstellung, Verpackung und Transport bis zur Entsorgung oder dem Recycling. Konkret heißt das etwa: „Eco-Design“ mit weniger, klar getrennten und leichter recycelbaren Materialien sowie mit dem Aufbau funktionierender Rücknahme- und Recyclingsysteme für gebrauchte Pens und Sensoren. Erste Daten zeigen, dass Nachhaltigkeit in der Versorgung auch Kosten sparen kann. Auch kann eine bessere Stoffwechseleinstellung und die Vermeidung von Folgeerkrankungen – etwa durch Diabetestechnologie – den ökologischen und finanziellen Fußabdruck über die gesamte Behandlungsdauer sogar senken. Somit gehen Nachhaltigkeit und optimale Versorgung miteinander einher. Nachhaltigkeit ist kein Verzicht auf medizinischen Fortschritt, sondern eine zusätzliche Qualitätsdimension der Versorgung.

**Wie können Versorgungsstrukturen klimaresilienter werden?**

Klimawandel und Diabetes beeinflussen sich wechselseitig: Hitzeperioden erhöhen beispielsweise nachweislich das Risiko für Hypoglykämien, Krankenhauseinweisungen und Sterblichkeit bei Menschen mit Diabetes. Besonders gefährdet sind ältere, insulinpflichtige und adipöse Menschen mit Diabetes. Klimaresiliente Versorgung bedeutet deshalb praktisch: Hitzewarnsysteme in Praxen, Kliniken sowie Alten- und Pflegeheimen nutzen, Sprechzeiten für Risikopatientinnen und -patienten an heißen Tagen anpassen (früh morgens oder abends), kühle Warteräume und ausreichend Trinkangebote schaffen, auf belastende Diagnostik wie orale Glukosetoleranztests an Hitzetagen verzichten und Menschen mit Diabetes aktiv zur richtigen Insulinlagerung und Medikamentenanpassung bei Hitze beraten. Auf Systemebene braucht es zudem eine klare Strategie für klimafreundliche Versorgungsstrukturen inklusive Hitzeschutzplänen.

**Welche Rolle spielt Digitalisierung für mehr Nachhaltigkeit?**

Digitalisierung ist ein wirksamer Hebel für mehr Nachhaltigkeit in der Diabetologie. Aktuelle Analysen zeigen: Ein persönlicher Praxisbesuch verursacht im Schnitt rund 20 kg $CO_2$-Äquivalente, ein telefonischer oder Videotermin dagegen nur etwa 0,02 bis 0,04 kg – also weniger als 1 Prozent der Emissionen. In einer US-Untersuchung stieg die Zahl klinischer Kontakte zwischen 2019 und 2021 um rund 13 Prozent, während die damit verbundenen $CO_2$-Emissionen um etwa 36 Prozent sanken, maßgeblich durch den Ausbau telemedizinischer Angebote. Auch digitale Gebrauchsanweisungen (elektronische IFU statt gedruckter Beipackzettel in oft über 20 Sprachen) sparen Papier, Druck, Transport und Lagerung ein – eine entsprechende Regelungsänderung wird derzeit auf EU-Ebene vorbereitet. Der Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes 2024 forderte deshalb explizit den Ausbau von Digitalisierung und Telemedizin – unter Wahrung von Datenschutz

und Datensouveränität. Entscheidend ist dabei der nachgewiesene gesundheitliche Nutzen für Menschen mit Diabetes, die Sicherheit der Versorgung und der Erhalt eines bedarfsgerechten persönlichen Kontakts. Dabei sind für multimorbide, ältere Patientinnen und Patienten, die mit Digitalisierung große Probleme haben, Alternativen zu entwickeln. Nicht zu vergessen: Auch digitale Angebote erzeugen einen eigenen Fußabdruck durch Serverbetrieb und Datenspeicherung („digitaler Abfall"). Hier gilt das Prinzip der Datenminimierung – zum Beispiel muss nicht jeder Glukosewert unbegrenzt gespeichert werden.

**Welche Erwartungen haben Menschen mit Diabetes an nachhaltige Versorgung?**
Es gibt dazu bisher nur wenige Daten. Dabei tragen Menschen mit Diabetes die Folgen ihrer Therapie im wörtlichen Sinne täglich mit sich – im Hausmüll. Eine deutsche Praxisstudie mit 80 Betroffenen zeigte: Wer drei Monate lang seinen therapiebedingten Abfall selbst sammelt, entwickelt danach ein deutlich schärferes Bewusstsein für Entsorgungsfragen und wünscht sich mehr Nachhaltigkeit. Eine größere Befragung von rund 745 Menschen mit Diabetes, die unter der Regie der AG Diabetes, Umwelt & Klima der DDG durchgeführt wurde, ergab: Die meisten Hilfsmittel – Pens, Patchpumpen, CGM-Sensoren – landen im Restmüll, obwohl sich die Mehrheit der Befragten Sorgen um die entstehende Abfallmenge macht und klare sowie praktikable Entsorgungsinformationen einfordert. In einer länderübergreifenden Befragung in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit knapp 2.000 Teilnehmenden wünschten sich 69 Prozent mehr wiederverwendbare Produkte und 45 Prozent zeigten sich besorgt über Verpackungsmüll. Entscheidend dabei: Weniger als jede fünfte Person lässt sich bei der Wahl eines Diabetesprodukts tatsächlich von Nachhaltigkeitsaspekten leiten – Sicherheit, Wirksamkeit und Alltagstauglichkeit stehen zu Recht an erster Stelle. Menschen mit Diabetes wollen also keine ökologische Mehrbelastung obendrauf, sondern erwarten, dass etablierte, bewährte und neue Therapien nachhaltiger gestaltet werden, ohne dass sie selbst zwischen Gesundheit und Umweltschutz wählen müssen.

**Wo liegen derzeit die größten Barrieren für nachhaltige Innovationen?**
Die größte Hürde ist nicht fehlender Wille, sondern die regulatorische Architektur der Medizinprodukteverordnung (MDR) und internationale Normen. Diese Regelwerke sichern zu Recht Patientensicherheit und Rückverfolgbarkeit – haben aber unbeabsichtigte Nebenwirkungen: Jede Materialänderung, etwa der Einsatz von Recyclingkunststoff, erfordert eine vollständige erneute Zulassungsprüfung (Biokompatibilität, Sterilisation, Transportvalidierung), was Jahre dauern und die Materialeinsparung finanziell um ein Vielfaches übersteigen kann. Die Rückverfolgbarkeitspflichten (Unique Device Identification) erschweren zudem den Einsatz von Recyclingmaterial mit natürlicherweise schwankender Zusammensetzung. Hinzu kommen ungelöste Fragen bei der Rücknahme gebrauchter Produkte: Wie werden benutzte Pens rechtlich eingestuft – als Hausmüll oder als medizinischer Sondermüll? Wer haftet für eine Sammelbox? Ist ein herstellerübergreifendes Rücknahmesystem überhaupt kartellrechtlich zulässig? In Frankreich (DASTRI/RECYPEN) und Dänemark (ReturPen) existieren bereits funktionierende nationale Rücknahmeprogramme mit Rückgabequoten von 38 bis 82 Prozent. Weitere Barrieren: Zusätzlicher Schulungsaufwand für wiederverwendbare Pens wird bislang nicht vergütet, wodurch in der Praxis oft der Einwegpen die bequemere Wahl bleibt; belastbare, herstellerunabhängige Lebenszyklusanalysen fehlen noch weitgehend; und Nachhaltigkeit ist bislang noch kein fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung von Diabetesfachkräften sowie Schulungsinhalt für Menschen mit Diabetes.

**Fazit**
Nachhaltige Diabetologie ist kein Gegensatz zu guter Versorgung. Digitalisierung, klimaresiliente Praxisabläufe, durchdachtes Produktdesign und funktionierende Rücknahmesysteme können dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu sichern und gleichzeitig Umweltbelastung und Kosten zu senken. Voraussetzungen

dafür sind evidenzbasierte Lösungen, die die Sicherheit und den gesundheitlichen Nutzen für Menschen mit Diabetes in den Mittelpunkt stellen, sowie ein koordiniertes Vorgehen von Herstellern, Politik, Fachgesellschaften, Apotheken, Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie Versorgungseinrichtungen.

**Literaturhinweise und weiterführende Quellen**

BKK Dachverband. Analyse zum Klimaimpact der Gesundheitsversorgung, 2026. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2026/Klimaimpact_Gesundheitsversorgung_Bericht.pdf

Bundesärztekammer/Lancet Countdown. Neuer Lancet Countdown Policy Brief für Deutschland, Juli 2025. https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/neuer-lancet-countdown-policy-brief-fuer-deutschland-zeigt-weiter-erheblichen-handlungsbedarf

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024. https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2024_Endversion.pdf

Daultrey HE, Oliver NS, Chakera AJ, et al. The Association Between Ambient Temperature and Hypoglycemia in People Living With Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2026;49(8):1323-9. doi: 10.2337/dc25-2383

Deutscher Hausärzteverband. Hitze-Manual zur klimaresilienten hausärztlichen Versorgung, 2023. https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/downloads/Hitze-Manual_HAEV_Juli_2023.pdf

Fordham R, Dhatariya K, Stancliffe R, et al. Effective diabetes complication management is a step toward a carbon-efficient planet. BMJ Open Diabetes Res Care. 2020;8(1). doi: 10.1136/bmjdrc-2019-001017

Heinemann L, Simpson V, Dhatariya K, Petry SF. Sustainability in Diabetes Care: Environmental and Economic Dimensions – A Case Study of Insulin Pen Recycling. Working Group Diabetes, Environment and Climate (AG DUK), Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2026 (eingereichtes Manuskript).

Heinemann L, Unsöld C, Petry SF. Diabetes Device: Need for Waste Reduction. Narrative Review, AG DUK/DDG, 2026 (eingereichtes Manuskript).

Heinemann L, Unsöld C, Petry SF. Recycling Insulin Pens: A Call for Action! J Diabetes Sci Technol. 2025. doi: 10.1177/19322968251358229

Ho CN, Ayers AT, Heinemann L, Klonoff DC. The need to transition from paper to electronic instructions for use for diabetes devices. npj Digital Medicine. 2025;8(1):356. doi: 10.1038/s41746-025-01720-0

Hossmann S, Lizoain A, Roos T, et al. Green Diabetes: Already a Decisive Factor for or Against Technology for People Living With Diabetes? J Diabetes Sci Technol. 2026. doi: 10.1177/19322968261436839

Hossmann S, Brandt D, Heinemann L. Waste Reduction With Diabetes Devices: Barriers and Ways Ahead. J Diabetes Sci Technol. 2025. doi: 10.1177/19322968251367063

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 11. Auflage, 2025. https://diabetesatlas.org

Lund N, Maslova E, Chen J, et al. Assessment of greenhouse gas emission of type 2 diabetes management in adults: a modelling study in the UK. BMJ Open. 2026;16(1):e106299. doi: 10.1136/bmjopen-2025-106299

Petry S, Schoppe T, Krüger M, Heinemann L. Klimaresilienz und Nachhaltigkeit in der Diabetologie – Bestandsaufnahme und Ausblick. Gesundheitsbericht Diabetes 2027, DDG.

Petry SF, Petry FW, Petry JK, Gäth S, Heinemann L. Diabetes Technology and Waste: A Real-World Study in a

Specialized Practice in Germany. J Diabetes Sci Technol. 2024. doi: 10.1177/19322968241257004

Petry SF, Bienhaus M, Petry FW, Petry JK, Heinemann L, Gäth S. Quantification of Different Types of Waste and Batteries Associated With the Widespread Usage of Continuous Glucose Monitoring Systems. J Diabetes Sci Technol. 2024. doi: 10.1177/19322968241305161

Petry SF, Krüger M, Unsöld C, Heinemann L, Kieble M, Schulz M. 100 Million Pens a Year in Germany: And Then in the Trash? J Diabetes Sci Technol. 2025;19(6):1694-5. doi: 10.1177/19322968251366338

Robert Koch-Institut. Journal of Health Monitoring – Hitze in Deutschland: Gesundheitliche Risiken und Maßnahmen zur Prävention, S4/2023.
https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2023_S4_Hitze_Sachstandsbericht_Klimawandel_Gesundheit.pdf

Schoppe et al., Hilfsmittelentsorgungsverhalten von Menschen mit Diabetes. Diabetol Stoffwechs 2026; 21: S3–S116

Simpson V, Jones A. Switching to reusable cartridge insulin pens can reduce National Health Service costs while delivering environmental benefits. Diabetic Medicine. 2024;41(10):e15409. doi: 10.1111/dme.15409

Tian T, Ho CN, Ayers AT, et al. Quantifying Environmental Waste From Diabetes Devices in the U.S. Diabetes Care. 2025. doi: 10.2337/dc24-2522

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Dresden, November 2026

# FACTSHEET
# Diabetes in Deutschland
# Zahlen, Folgen und Handlungsbedarf

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Stand: 10.11.2026

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

- **Mindestens 9,5 Mio.** Menschen leben mit Typ-2-Diabetes in Deutschland (Schätzung für 2026)
- Prognose: Mind. **12,3 Mio. Betroffene bis 2040**
- **Ca. 556.000 neu dokumentierte Typ-2-Diabetes-Erkrankungen** jährlich (GKV-Daten, 2021)
- **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 34.500 Betroffene. Jährlich erkranken rund 3.800 Kinder und Jugendliche neu an Typ-1-Diabetes. Nach dem Anstieg während der COVID-19-Pandemie sank die Neuerkrankungsrate seit 2023 wieder auf etwa das Niveau vor der Pandemie.
- **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 Hausärzt*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**

  ➔ Direkte diabetesbezogene Gesundheitskosten: **rund 36 Mrd. € im Jahr 2024** (IDF-Schätzung für die Altersgruppe 20–79 Jahre)
  ➔ 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 2027: 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