



Vorab-Pressekonferenz

60. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Donnerstag, 7. Mai 2026, 11:00 bis 12:00 Uhr

Ort: online unter <https://events.teams.microsoft.com/event/837a9ee8-68d5-4dc1-89ef-0ff5fbbb9240@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referierende:

„Revolution der Mittel – Realität der Menschen“: Kongresshighlights Fortschritte (nicht) für alle: Von Chancenungleichheit bis hin zu Hürden moderner Therapiemöglichkeiten

Professorin Dr. med. Barbara Ludwig

Kongresspräsidentin Diabetes Kongress 2026, Leiterin klinische Inseltransplantation und Laborleitung, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Revolution der Mittel – Stillstand in der Gesundheitspolitik? Welche Reformen die Diabetesversorgung sichern können

Dr. med. Tobias Wiesner

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

Spritze, Sport, Ernährungsumstellung? Wie wirksame Gewichtsreduktion interdisziplinär erreicht werden kann

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

„Typ F“: Wenn Diabetes auf das echte Familienleben trifft – zwischen Beruf, Schule und Diabetesmanagement

Professorin Dr. Julia Szendrödi

Präsidentin der DDG, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Lebensqualität als Zielgröße: Was bedeutet das für unseren Alltag mit Diabetes?

Susanne Fitza

Mutter einer Tochter mit Typ-1-Diabetes

Moderation: Julia Hommrich, Pressestelle DDG

Pressekontakt für Rückfragen:

Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2026

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org



PRESSEMITTEILUNG

60. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) vom 13. bis 16. Mai 2026

Ob Walken, Joggen oder ambitioniert Laufen: Der Diabeteslauf an Christi Himmelfahrt priorisiert das Gemeinschaftsgefühl für den guten Zweck

Mit 3 Millionen Schritten gemeinsam gegen Diabetes

Berlin, 7. Mai 2026 – Gemeinsam mit anderen Menschen für einen guten Zweck aktiv sein, dabei Spaß haben und etwas für die eigene Gesundheit tun: Dazu lädt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) alle Interessierten auch in diesem Jahr wieder zum Diabeteslauf anlässlich des Diabetes Kongresses in Berlin ein. Und doch ist dieses Mal vieles anders: Nicht das Tempo zählt, sondern die gelaufenen Schritte. Von allen Teilnehmenden – egal ob beim 5 km-Lauf oder -Walk – werden die zurückgelegten Schritte gezählt und am Ende summiert, denn: „Jeder Schritt zählt!“ Unser Ziel: gemeinsam 3 Millionen Schritte erreichen. Neu ist auch die besondere Sichtbarkeit der Lautsprecherinnen und Lautsprecher der Kampagne #SagEsLaut während des Diabeteslaufs. Ganz nach dem Prinzip „walk and talk“ beantworten sie während des Laufs Fragen zu ihrem Engagement.

In diesem Jahr findet der Diabeteslauf zum 24. Mal statt, und alle Teilnehmenden sind angehalten, ihre tatsächlich zurückgelegten Schritte online einzutragen: <https://my.raceresult.com/378234/results>. Diejenigen, die sich nicht eintragen, werden mit 6.250 Schritten gewertet. Die 5 Kilometer lange Strecke des Diabeteslaufs führt erstmals vom CityCube Berlin direkt um das Messegelände. Interessierte können sich ab sofort online registrieren: <https://my.raceresult.com/378234/registration>. Eine Anmeldung direkt auf dem Kongress ist bis zum 14. Mai 2026 um 17:00 Uhr ebenfalls möglich. Eine Kongressteilnahme ist für den Lauf nicht erforderlich.

„Mit dem Lauf machen wir auf die Volkskrankheit Diabetes aufmerksam, sammeln Spenden für gemeinnützige Projekte und unterstützen das Gemeinschaftsgefühl. In diesem Jahr kommt es nicht auf die Schnelligkeit, sondern die Teilnahme überhaupt an“, sagt Professorin Dr. med. Barbara Ludwig, DDG Kongresspräsidentin 2026, die auch selbst an den Start gehen wird. „Gemäß unserem Kongressmotto „Revolution der Mittel – Realität der Menschen“ gehen wir mit der neuen Ausrichtung auf die Realität der vielen Menschen mit Diabetes ein, die eben keine Sportskanonen, aber offen dafür sind, mit ausgedehnten Spaziergängen mehr Bewegung in ihr Leben mit Diabetes zu bringen.“

Nicole Mattig-Fabian, Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, freut sich in diesem Jahr besonders über die aktive Unterstützung aus der Diabetes-Community: „Es gehen einige Lautsprecherinnen und Lautsprecher der #SagEsLaut-Kampagne an den Start. Gemeinsam Laufen und ins Gespräch kommen – das macht den diesjährigen Lauf noch spannender und abwechslungsreicher.“

Teilnahmegebühr für einen guten Zweck

Die 25 Euro Startgebühr (wer im DDG Shirt startet, zahlt 10 Euro) kommt zu je 50 Prozent der Kampagne #SagEsLaut von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und Projekten der Deutschen

Diabetes Stiftung (DDS) zugute. Die Awareness-Kampagne #SagEsLaut gibt Menschen mit Diabetes in den sozialen Medien mehr Sichtbarkeit und verdeutlicht, dass sich viele Betroffene von der Politik in Bezug auf ihre Bedarfe und Bedürfnisse im Stich gelassen fühlen. (Weitere Informationen unter: <https://www.diabetes-stimme.de/sageslaut>).

Kostenfreie Trainingspläne für die Vorbereitung

Gemeinsam mit dem Team von Professorin Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Joisten, Leiterin der Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung am Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft der Deutschen Sporthochschule Köln, bietet die DDG wieder kostenfreie Trainingspläne für Anfängerinnen und Anfänger an. Neben allgemeinen Hinweisen enthalten die Pläne unter anderem Tipps zur Ernährung, zum Aufwärmen und Cool-down, Stabilisationsübungen, Informationen zur richtigen Lauftechnik sowie zum sechswöchigen Trainingspensum. Die Pläne (für Anfänger und Fortgeschrittene) können hier heruntergeladen werden:

<https://my.raceresult.com/378234/registration>

Terminhinweis für Journalistinnen und Journalisten und alle Interessierte:

Diabetes-Lauf (5 km-Lauf oder -Walk)

Termin: Donnerstag, 14. Mai 2026 (Christi Himmelfahrt)

Eröffnung: 17:30 Uhr

Start: 18:15 Uhr

Ort: City Cube, Berlin

Anmeldung: <https://my.raceresult.com/378234/registration>



PRESSEMITTEILUNG

60. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) vom 13. bis 16. Mai 2026

Ohne „Typ F“ geht es nicht: Diabetesmanagement im Alltag und Familienleben

DDG rückt die unsichtbare Versorgungsarbeit durch Angehörige in den Fokus

Berlin, 7. Mai 2026 – Diabetes mellitus wird unabhängig vom Typ nicht nur in medizinischen Einrichtungen von Fachpersonal behandelt. Im Alltag tragen die Menschen mit Diabetes selbst sowie bei Kindern und älteren Menschen auch ihre Angehörigen die Hauptlast des Managements der chronischen Stoffwechselerkrankung – 365 Tage lang, rund um die Uhr. Eltern von Kindern mit Diabetes Typ 1 müssen dabei unter anderem Bildungseinrichtungen wie Kindergarten und Schule einbinden, damit die Therapie reibungslos läuft. Darauf weist die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) im Vorfeld ihres Diabetes Kongresses 2026 hin, der vom 13. bis 16. Mai 2026 hybrid, das heißt in Präsenz in Berlin und online, stattfindet. Auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz stellt die DDG das für Familie stehende Konzept „Typ F“ vor und macht deutlich: Angehörige tragen einen erheblichen Teil der Versorgung, ohne dass diese Leistung im System ausreichend berücksichtigt wird.

Diabetes gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Bei Kindern und Jugendlichen bis 20 Jahren ist Diabetes Typ 1 die häufigste chronische Stoffwechselerkrankung. Millionen Menschen organisieren ihre Therapie täglich selbst. „Diabetes wird nicht nur in Praxen und Kliniken behandelt. Ein Großteil der Versorgung findet im Alltag statt – in den Familien, bei Kindern und Jugendlichen auch in deren Bildungseinrichtungen und später im Beruf. Angehörige übernehmen dabei viele Aufgaben, die im Versorgungssystem bislang kaum sichtbar sind“, 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. Diese Verlagerung hat Folgen. Versorgungslücken werden oft nicht im System sichtbar, sondern von Familien ausgeglichen. Damit verschiebt sich Verantwortung zunehmend in den privaten Bereich.

Familien tragen die Hauptlast

Besonders deutlich zeigt sich dies bei Kindern mit Typ-1-Diabetes. Die Insulintherapie ist komplex und erfordert eine kontinuierliche Aufmerksamkeit. Eltern kontrollieren den Glukosewert, passen die Insulindosis an und reagieren auf Notfälle – häufig rund um die Uhr. Gleichzeitig fehlen in vielen Kitas und Schulen verbindliche Strukturen für eine medizinische Unterstützung durch Fachpersonal. Eltern übernehmen deshalb zentrale Aufgaben auch während dieser Betreuungszeiten. Das hat direkte Auswirkungen auf ihre eigene Berufstätigkeit. Szendrödi betont, dass diese Situation kein Einzelfall sei. Auch bei älteren Menschen oder bei Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen Erkrankungen übernehmen Angehörige zentrale Aufgaben. Diabetes wird so zu einer gemeinsamen Herausforderung für ganze Familien.

Beruf und Therapie im Spannungsfeld

Auch im Berufsleben zeigt sich, wie eng Therapie und Alltag miteinander verbunden sind. Menschen mit Diabetes müssen ihre Behandlung in feste Arbeitsabläufe integrieren. Gleichzeitig fehlen häufig flexible Rahmenbedingungen. Dabei sind die meisten mit der Erkrankung Lebenden leistungsfähig und können grundsätzlich nahezu jeden Beruf ausüben. Einschränkungen entstehen oft nicht durch die Erkrankung selbst, sondern durch strukturelle Hürden.

Technologien erreichen Familien zu selten

Moderne Technologien wie kontinuierliche Glukosemessung oder telemedizinische Betreuung könnten den Alltag erleichtern. Doch diese Möglichkeiten werden bislang nicht ausreichend genutzt. „Wir haben heute sehr gute technische Lösungen. Doch sie erreichen viele Menschen und ihre Familien noch nicht im erforderlichen Maße“, so Szendrödi.

Versorgung neu denken

Die DDG fordert, die Versorgung stärker an den Lebensrealitäten auszurichten. Dazu gehört, Angehörige systematisch einzubeziehen und Strukturen in Kitas, Schulen und Pflegeeinrichtungen zu verbessern, in Schulen durch Schulgesundheitsfachkräfte. „Wenn wir Diabetes wirksam behandeln wollen, müssen wir die Realität der Menschen ernst nehmen. Dazu gehört auch, die Rolle von Familien sichtbar zu machen und sie gezielt zu unterstützen“, sagt Szendrödi. Der Ansatz „Typ F“ steht damit für einen Perspektivwechsel: weg von einer rein medizinischen Betrachtung hin zu einer Versorgung, die den Alltag von Patientinnen und Patienten sowie ihren Familien berücksichtigt.

STATEMENT

„Revolution der Mittel – Realität der Menschen“: Kongresshighlights Fortschritte (nicht) für alle: Von Chancenungleichheit bis hin zu Hürden moderner Therapiemöglichkeiten

Professorin Dr. med. Barbara Ludwig, Kongresspräsidentin Diabetes Kongress 2026, Leiterin klinische Inseltransplantation und Laborleitung, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Die Diabetologie erlebt derzeit eine Phase tiefgreifender Veränderungen. Neue medikamentöse Therapien, technologische Innovationen wie kontinuierliche Glukosemessung und automatisierte Insulindosierung sowie digitale Anwendungen eröffnen Möglichkeiten, die noch vor wenigen Jahren kaum vorstellbar waren. Auch innovative Ansätze wie der zellbasierte Betazellersatz zeigen, dass wir perspektivisch sogar in Richtung kausaler Therapien denken können.

Diese Entwicklungen haben das Potenzial, die Versorgung von Menschen mit Diabetes grundlegend zu verändern – medizinisch wie auch im Alltag.

Gleichzeitig zeigt sich jedoch eine zentrale Herausforderung: Der Fortschritt erreicht nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen. Zwischen dem, was medizinisch möglich ist, und dem, was im Versorgungsalltag tatsächlich ankommt, besteht weiterhin eine erhebliche Lücke.

Diese Diskrepanz hat viele Ursachen. Der Zugang zu modernen Technologien und innovativen Therapien ist häufig an strukturelle, ökonomische oder regulatorische Bedingungen geknüpft. Unterschiedliche Versorgungsstrukturen, regionale Unterschiede sowie sozial bedingte Ungleichheiten beeinflussen maßgeblich, wer von neuen Entwicklungen profitieren kann. Auch die zunehmende Komplexität moderner Therapien stellt Anforderungen an Gesundheitskompetenz, Schulung und kontinuierliche Begleitung, die nicht überall in gleichem Maße gewährleistet sind.

Und diese Ungleichheit endet nicht an nationalen Grenzen. Während wir über hochinnovative Therapien und zukünftige Heilungsansätze diskutieren, ist in vielen Teilen der Welt der Zugang zu einer grundlegenden Insulinversorgung nach wie vor nicht gesichert. Dieser Kontrast macht deutlich, wie unterschiedlich die Realität von Menschen mit Diabetes weltweit ist – und wie groß die Verantwortung, die sich daraus ergibt.

Darüber hinaus dürfen wir den Blick nicht allein auf biomedizinische Parameter richten. Gute Stoffwechseleinstellungen sind wichtig – aber sie sind nicht gleichbedeutend mit guter Lebensqualität. Die Lebensrealität von Menschen mit Diabetes ist geprägt von individuellen Herausforderungen, von Alltagsanforderungen und von psychosozialen Belastungen. Fortschritt muss sich daher auch daran messen lassen, ob er das Leben der Betroffenen tatsächlich erleichtert.

Vor diesem Hintergrund steht der Diabetes Kongress 2026 unter dem Motto **„Revolution der Mittel – Realität der Menschen. Diabetologie zwischen Fortschritt und Verantwortung“**.

Wir möchten bewusst den Fokus darauf lenken, wie Innovationen verantwortungsvoll in die Versorgung integriert werden können. Es geht darum, Wirksamkeit nicht nur unter Studienbedingungen, sondern im realen Leben zu betrachten. Es geht darum, personalisierte Therapieansätze so umzusetzen, dass sie für möglichst viele Menschen zugänglich sind. Und es geht darum, technologische Entwicklungen mit menschlicher Zuwendung und interdisziplinärer Versorgung zu verbinden.

Eine zentrale Aufgabe für die kommenden Jahre wird es sein, bestehende Ungleichheiten in der Versorgung zu erkennen und aktiv zu adressieren. Dazu gehört auch, Prävention und Lebensstilfaktoren stärker zu berücksichtigen, da sie unabhängig von technologischen Innovationen eine wesentliche Grundlage für Gesundheit und Lebensqualität darstellen.

Der Diabetes Kongress 2026 bietet eine Plattform, um diese Fragen gemeinsam zu diskutieren – wissenschaftlich fundiert, interdisziplinär und mit Blick auf die gesellschaftliche Verantwortung unseres Faches.

Unser Ziel ist klar: Fortschritt darf kein Privileg sein, sondern muss bei allen Menschen mit Diabetes ankommen.

Literatur:

Davies MJ, et al., 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2022 Nov 1;45(11):2753-2786. doi: 10.2337/dci22-0034. PMID: 36148880; PMCID: PMC10008140.

Tobias DK, et al., Second international consensus report on gaps and opportunities for the clinical translation of precision diabetes medicine. *Nat Med*. 2023 Oct;29(10):2438-2457. doi: 10.1038/s41591-023-02502-5. Epub 2023 Oct 5. PMID: 37794253; PMCID: PMC10735053.

Gao M, et al., Effects of Modern Glucose Monitoring and Insulin Delivery Technologies on Patient-Reported Outcomes and Experiences in Individuals With Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care*. 2025 Dec 1;48(12):2160-2180. doi: 10.2337/dc25-1178. PMID: 41166569.

Reichman TW, et al., VX-880-101 FORWARD Study Group. Stem Cell-Derived, Fully Differentiated Islets for Type 1 Diabetes. *N Engl J Med*. 2025 Sep 4;393(9):858-868. doi: 10.1056/NEJMoa2506549. Epub 2025 Jun 20. PMID: 40544428.

Pouwer F, et al., Diabetes and mental health. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2026 Apr;14(4):337-355. doi: 10.1016/S2213-8587(25)00397-3. Epub 2026 Feb 20. PMID: 41730813.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Dresden, Mai 2026

STATEMENT

Revolution der Mittel – Stillstand in der Gesundheitspolitik? Welche Reformen die Diabetesversorgung sichern können

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

1. Eine Schere, die sich öffnet

Die Diabetologie erlebt eine therapeutische Revolution. Hocheffektive GLP-1-Rezeptoragonisten, kontinuierliche Glukosemessung, intelligente Insulinpumpen mit Closed-Loop-Algorithmen, medikamentöse Therapieansätze nach bariatrischen Prinzipien – Instrumente, die noch vor 10 Jahren als Utopie galten, sind heute klinische Realität. Und doch entsteht der Eindruck, dass die Gesundheitspolitik mit diesem Tempo schlicht nicht Schritt hält.

Die Schere zwischen dem medizinisch Möglichen (und dies vor dem Hintergrund bewiesener Effektivität und Wirtschaftlichkeit) und dem versorgungspolitisch Umgesetzten öffnet sich. Und dies hat einen Namen: strukturelle Unterversorgung bei gleichzeitiger Überregulierung. Neue Mittel zu haben, genügt nicht, wenn Strukturen fehlen, die sie zu den Menschen bringen.

2. Die Versorgungsrealität 2026

Rund 9,4 Millionen Menschen leben in Deutschland mit Diabetes mellitus, die Dunkelziffer liegt deutlich höher. Diabetes gehört zu den ressourcenintensivsten chronischen Erkrankungen im deutschen Gesundheitssystem – und zugleich zu jenen, deren schwerwiegendste Folgen bei richtiger Steuerung vermeidbar wären.

Was die Praxis stattdessen zeigt, ist ernüchternd: Fachkräftemangel in diabetologischen Schwerpunktzentren, analoge und bürokratiebelastete Disease-Management-Programme (DMP), die seit 2 Jahrzehnten strukturell kaum verändert wurden, sowie rund 3000 regionale DMP-Verträge, die Datenverluste produzieren und Innovationen hemmen. 75 Prozent der einschreibenden Ärzte berichten von Problemen mit Doppeleinschreibungen, 72 Prozent von verlorenen Daten. Hinzu kommen sektorale Brüche zwischen ambulanter Versorgung und Krankenhäusern: Jährlich sind 3 Millionen stationäre Fälle von einer Diabetesdiagnose betroffen – bei unzureichender digitaler Koordination zwischen den Sektoren.

In dieses Bild fügt sich das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) ein. Es ist fiskalisch konsequent und baut zu über 85 Prozent auf Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit auf. Das Ziel – eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik – ist gesundheitspolitisch legitim. Doch es löst die strukturellen Defizite der Diabetesversorgung nicht. Es verschärft sie.

3. Das BStabG: Was es bedeutet – und was es nicht leistet

Die Medizin kennt keine Grundlohnrate. Insulinresistenz kennt keine Grundlohnrate. Diabetische Ketoazidosen kennen keine Grundlohnrate. Wenn Facharztvergütungen unter tatsächliche Kostenentwicklungen gedeckelt werden, werden Praxen nicht effizienter – sie geraten unter Druck.

Diabetologische Schwerpunktpraxen, die eine hochkomplexe und ressourcenintensive Patientenpopulation betreuen, sind davon besonders betroffen.

Die geplante Abschaffung der TSVG-Zuschläge ist in diesem Kontext ein Warnsignal. Die Evaluation der Selbstverwaltung zeigt: Fachärztliche Wartezeiten haben sich zwischen 2019 und 2024 von 33 auf 42 Tage verlängert – trotz der eingeführten extrabudgetären Vergütungsanreize. Oder gerade deshalb, weil diese Anreize die eigentlichen Strukturprobleme überlagert haben. Die Streichung dieser Zuschläge wird die Wartezeiten weiter verlängern, wenn keine strukturellen Alternativen entstehen.

Hinzu kommt ein grundsätzliches Problem: Einsparungen im ambulanten Fachbereich erzeugen keine Effizienzgewinne, wenn die Versorgung ersatzweise in teurere stationäre Settings verlagert wird. Eine nicht behandelte oder zu spät behandelte Diabeteserkrankung kostet das System ein Vielfaches dessen, was eine gut organisierte ambulante Betreuung kosten würde.

4. Das digitale DMP als struktureller Gamechanger

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft und der Berufsverband Niedergelassener Diabetologen e. V. (BVND) haben einen konkreten Reformvorschlag entwickelt, der über den fiskalischen Rahmen des BStabG hinausweist: das digitale Disease-Management-Programm – das dDMP. Und die zentrale Botschaft lautet: Es muss eine eigenständige, rechtlich verankerte Versorgungsform werden, die analoge Strukturen vollständig ersetzt.

Das Digital-Gesetz (DigiG) hat mit § 137f SGB V erstmals die Rechtsgrundlage für ein dDMP geschaffen. Doch die aktuelle Umsetzungsdiskussion im G-BA droht, das dDMP als ergänzendes Modul an das analoge DMP zu koppeln – und damit die Chance zu verspielen, die strukturellen Mängel der Diabetesversorgung zu beheben. Doppelstrukturen und redundante Dokumentationspflichten erzeugen Bürokratie ohne Versorgungsnutzen, gerade in Zeiten des Fachkräftemangels.

Die DDG hat Impulse formuliert, die eine funktionale Mindestarchitektur für ein wirksames dDMP definieren.

- **Eigenständigkeit:** Die digitale Einschreibung ersetzt die analoge vollständig. Keine Doppelstrukturen, kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand.
- **Bundeseinheitlichkeit:** Rund 3000 regionale DMP-Verträge müssen durch bundeseinheitliche Vertrags- und Datenstandards abgelöst werden. Interoperabilität ist keine Kür, sie ist Voraussetzung.
- **Dedizierte DMP-Managementsysteme:** Praxisverwaltungssysteme sind Abrechnungswerkzeuge. Es braucht eine neue Softwarekategorie, die alle relevanten Diabetesdaten wie kontinuierliche Glukose- und Insulinpumpendaten und ePA-Einträge automatisiert zusammenführt und auswertet.
- **KI als Assistenz:** Ein rtCGM liefert bis zu 1440 Messwerte täglich. Eine manuelle Auswertung ist unmöglich. Zertifizierte Algorithmen und klinische Entscheidungsunterstützungssysteme müssen Bestandteil des dDMP werden – vergütet, reguliert, sicher.
- **Krankenhäuser als aktive Partner:** 3 Millionen stationäre Diabetes-Fälle jährlich lassen sich nicht sinnvoll versorgen ohne bidirektionalen Datenaustausch zwischen Praxis und Klinik. Das dDMP muss die Sektorgrenzen einreißen.
- **Patientenzentrierung statt starrer Raster:** Stabile Patienten brauchen keine Pflichttermine im 3-Monatsrhythmus. Hochrisikopatienten hingegen benötigen eine datengetriggerte

engmaschige Betreuung. Patient Reported Outcome Measures (PROMs), individuelle Therapie und Telemedizin sind der Standard, den eine moderne Diabetesversorgung anstreben muss.

5. Der gesundheitspolitische Moment

Das BStabG spart Geld ein – das ist fiskalisch notwendig. Aber Sparen ohne Strukturreform ist wie Motoröl ablassen ohne Nachfüllen: Es funktioniert eine Weile, dann...

Die Diabetesversorgung muss effizienter werden. Das gelingt jedoch nur durch Digitalisierung und sektorale Integration, nicht durch Vergütungsdeckelung allein.

Die gesetzlichen Hebel sind vorhanden: § 137f SGB V für die Eigenständigkeit des dDMP, § 370b SGB V als Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur verbindlichen Festlegung technischer und inhaltlicher Standards. Was fehlt, ist die politische Entscheidung, diese Hebel konsequent zu nutzen – anstatt das Neue dem Alten anzuhängen.

Es geht letztlich um eine Grundsatzfrage der Versorgungsgerechtigkeit: Innovative Therapien wie GLP-1-Rezeptoragonisten, Closed-Loop-Systeme oder hochpräzise Glukosesensorik dürfen faktisch nicht auf jene beschränkt bleiben, die die richtigen Arztpraxen in den richtigen Bundesländern finden. Eine patientenzentrierte, digital gestützte, sektorenübergreifende Versorgung ist die Voraussetzung dafür, dass die Revolution der Mittel auch eine Revolution der Ergebnisse wird.

6. Krankenhausreform: Eine zusätzliche Bedrohung für die diabetologische Versorgung

Neben den ambulanten Rahmenbedingungen gerät auch die stationäre Diabetologie unter Druck: Die Krankenhausreform droht, spezialisierte Versorgungsstrukturen auszudünnen, wenn Leistungsgruppen, Vorhaltefinanzierung und Strukturvorgaben nicht ausdrücklich diabetologische Kompetenz berücksichtigen. Diabetes ist in Millionen stationären Fällen mitbehandelnd relevant – eine Reform, die diese Realität nicht abbildet, gefährdet Qualität und Patientensicherheit.

Besonders kritisch ist das für Häuser, die heute die diabetologische Weiterbildung, die interdisziplinäre Behandlung (zum Beispiel bei diabetischem Fußsyndrom, Niereninsuffizienz, kardiovaskulären Komplikationen) sowie die Versorgung komplexer Stoffwechsellagen tragen. Wenn stationäre Strukturen wegfallen oder in Kliniken ohne ausreichende diabetologische Expertise verlagert werden, steigt das Risiko von Komplikationen, verlängerten Liegezeiten und vermeidbaren Wiederaufnahmen – mit höheren Kosten statt Einsparungen.

Die Krankenhausreform muss deshalb mit der ambulanten Reformagenda zusammengedacht werden: Ohne verlässliche diabetologische Strukturen im Krankenhaus und klar geregelte Übergänge (digitale Datenüberleitung, rasche Anschlussversorgung in Schwerpunktpraxen) entstehen neue Brüche zwischen den Sektoren. Die DDG fordert, diabetologische Expertise als Qualitätskriterium in den relevanten Leistungsgruppen verbindlich zu verankern und Weiterbildungskapazitäten sowie multiprofessionelle Teams (Diabetesberatung, Podologie, Ernährungsmedizin) als versorgungsrelevant abzusichern.

7. Was jetzt gefordert ist

Aus den strukturellen Diagnosen folgen konkrete gesundheitspolitische Forderungen der DDG:

- Das dDMP muss als eigenständige Versorgungsform im § 137f SGB V gesetzlich verankert werden – kein Modul, kein Add-on, sondern eine echte digitale Alternative zum analogen DMP.
- Das BMG muss die Verordnungsermächtigung nach § 370b SGB V konsequent nutzen, um interoperable und sichere technische Standards für alle dDMP-Komponenten verbindlich festzuschreiben.
- Die Einsparbeschlüsse des BStabG müssen durch gezielte Investitionen auch in diabetologische Infrastruktur flankiert werden – insbesondere in die ambulante Fachversorgung und ihre digitale Ausstattung, aber auch in die stationäre Sicherung diabetologischer Versorgungsstrukturen mit der Möglichkeit zukunftsfähiger Weiterbildung.
- Die therapeutischen Innovationen der Diabetologie müssen für alle Betroffenen erreichbar sein – unabhängig von Bundesland, Krankenkasse oder sozialem Status. Chancengleichheit in der Versorgung ist kein Ideal, sondern ein politischer Auftrag.

Die Mittel sind vorhanden. Das Wissen ist vorhanden. Die gesetzliche Grundlage ist vorhanden. Was gebraucht wird, ist der politische Wille, die Weichen zu stellen – für die 9 Millionen Menschen in diesem Land, die mit Diabetes leben und eine Versorgung verdienen, die so modern ist wie die Medizin, die ihr zur Verfügung steht.

Literatur:

DDG-Impulspapier dDMP (03/2026)

BStabG-Referentenentwurf BMG

Finanzkommission Gesundheit – 66 Empfehlungen (kommentiert)

Programm Vorab-PK DDG Frühjahrstagung 2026

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Leipzig, Mai 2026

STATEMENT

Spritze, Sport, Ernährungsumstellung? Wie wirksame Gewichtsreduktion interdisziplinär erreicht werden kann

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Weltweit nehmen die Inzidenz und Prävalenz der Adipositas seit Jahren deutlich zu. Hierdurch werden die Gesundheitssysteme der einzelnen Länder belastet, da Adipositas häufig zu chronischen Begleiterkrankungen wie kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Fettlebererkrankung, einigen Krebsarten, Gelenkerkrankungen, obstruktive Schlafapnoe und weiteren Erkrankungen führt. An Adipositas Erkrankte sind oft stigmatisiert. In der Versorgung erhalten Adipöse nur zu einem kleinen Teil eine adäquate und dauerhaft effektive Behandlung. Adipositas ist zwar als Erkrankung anerkannt, ein Disease-Management-Programm (DMP) ist jedoch noch weit von einer flächendeckenden Implementierung entfernt, und eine medikamentöse Adipositas therapie ist nicht erstattungsfähig.

Für Deutschland hat die nationale NAKO Gesundheitsstudie Daten zur Prävalenz und zur Entwicklung der Adipositas anhand einer Stichprobe von circa 100 000 Studienteilnehmenden in den Jahren 2014 bis 2017 erhoben. Die Ergebnisse dieser Studie ergaben für Übergewicht (BMI 25,0 – 29,9 kg/m²) eine Prävalenz von 46,2 % der Männer und 29,7 % der Frauen; 23,5 % der Männer und 21,2 % der Frauen waren adipös, entsprechend circa 15 Millionen Menschen. Im Zeitraum 2010-2016 ist die Prävalenz der Adipositas bei Erwachsenen in den Ländern der OECD um 3 % (entsprechend 50 Millionen Erwachsene) von 21 auf 24 % gestiegen. In Deutschland haben 15,4 % der Kinder und Jugendlichen Übergewicht, 5,9 % sind adipös [1].

Die geschätzten direkten Krankheitskosten durch Adipositas lagen im Jahr 2016 bei mehr als 29 Milliarden Euro für das deutsche Gesundheitssystem. Die indirekten Kosten sind sicher noch höher [1,2].

Zur Behandlung der Adipositas hat die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e. V. im Jahr 2024 eine evidenzbasierte Leitlinie publiziert [2], die an dieser Stelle kurz und knapp zusammengefasst ist.

Eine Indikation zur Adipositas therapie besteht zum einen bei einem BMI ≥ 30 kg/m² oder zum anderen bei Übergewicht (BMI 25 bis < 30 kg/m²) und gleichzeitig vorhandenen übergewichtsbedingten Begleiterkrankungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes) [2].

Die übergeordneten und wesentlichen Therapieziel sind eine dauerhafte Gewichtsreduktion zusammen mit einer gleichzeitigen Reduktion der Risikofaktoren, eine Besserung der Begleiterkrankungen, die Vermeidung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer vorzeitigen Berentung sowie die Steigerung der Lebensqualität [2]. Eine realistische und messbare Umsetzbarkeit der individuellen Therapieziele steht im Vordergrund, hierbei sollte auch auf Ressourcen, Erwartungen und Begleiterkrankungen geachtet werden. Es sollten ebenso Maßnahmen zur dauerhaften Stabilisierung der Gewichtsreduktion umgesetzt werden.

Optimalerweise sollten Einrichtungen bevorzugt werden, die auf interdisziplinäre Adipositas-Therapie spezialisiert sind. Diese setzen evidenzbasierte interdisziplinäre, multimodale Programme ein oder entwickeln solche Programme im Rahmen kontrollierter Studien weiter [2].

Die drei Grundpfeiler jedes Gewichtsmanagements sollten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sein. Diese drei wesentlichen Komponenten müssen individuell angepasst miteinander verbunden werden. Diese multimodalen Therapieprogramme sollten entweder bereits evidenzbasiert sein oder wissenschaftlich evaluiert werden [2].

Eine Ernährungstherapie ist ein Grundpfeiler, um die Kalorienzufuhr zu regulieren und zu optimieren, ohne dass Mangelerscheinungen auftreten. Ferner kann im Rahmen der Ernährungstherapie durch die Auswahl der Nahrungsmittel und Mahlzeiten beeinflusst werden, dass ein möglichst langanhaltender Sättigungseffekt und zusätzlich günstige Einflüsse der Nahrungsbestandteile auf die Darmflora (das Mikrobiom) erreicht werden, sodass die Stoffwechseleinflüsse und Gewichtsabnahme begünstigt werden [2].

Eine Bewegungstherapie als Behandlungs-Grundpfeiler ist wichtig, um die Gewichtsabnahme durch einen höheren Kalorienverbrauch und durch Muskelaufbau zu unterstützen und zu stabilisieren. Bewegungstherapie hat darüber hinaus günstige Einflüsse auf Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas [2].

Die dritte Therapiesäule Verhaltenstherapie ist unverzichtbar, weil Sie Patientinnen und Patienten die Fähigkeit und Möglichkeit gibt, Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt bei der Gewichtsabnahme und den Ernährungs- sowie Bewegungstherapiemaßnahmen zu üben und kontinuierlich zu verbessern. Hier werden evidenzbasierte Methoden des Empowerments eingesetzt. Die Verhaltenstherapie beinhaltet zudem Methoden zur "Rückfallprophylaxe" und bietet darüber hinaus soziale Unterstützung.

Wichtig ist, dass alle Therapiemaßnahmen dem "SMART"-Prinzip (S = spezifisch; M = messbar; A = ausführbar [erreichbar]; R = realistisch; T = terminierbar [zeitlich begrenzt bzw. definiert]) entsprechen.

Gemeinsam mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) bietet die DDG Weiterbildungsmöglichkeiten für ärztliches Personal und andere Gesundheitsberufe zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Adipositas an. Hier seien konkret Kurse zur ärztlichen Weiterbildung Adiposilog*in DAG-DDG und Interprofessionelle Teamkurse Adipositas DAG-DDG genannt [4].

Bei Nicht-Erreichen der individuellen Therapieziele zur nachhaltigen Gewichtsabnahme durch die oben dargestellte multimodale Basistherapie kann zusätzlich eine unterstützende medikamentöse Begleittherapie erfolgen. Diese pharmakologische Therapie sollte allerdings grundsätzlich immer in Kombination mit der multimodalen Therapie eingesetzt werden [2].

Zur Pharmakotherapie der Adipositas stehen in Deutschland die folgenden Medikamente mit Zulassung zur Verfügung: Orlistat, die beiden Glucagon-like Peptide-1 Rezeptoragonisten (GLP-1-RA) Liraglutid (zur einmal täglichen subkutanen Injektion, Handelsname Saxenda®, Hersteller NovoNordisk) und Semaglutid (zur einmal wöchentlichen subkutanen Injektion, Handelsname

Wegovy®, Hersteller NovoNordisk) sowie der GIP/GLP-1-Doppelagonist (GIP = Glucose-dependent insulinotropic peptide) Tirzepatid (zur einmal wöchentlichen subkutanen Injektion, Handelsname Mounjaro®, Hersteller Lilly). Die Fixdosiskombination aus Bupropion und Naltrexon ist in Deutschland außer Handel [2]. Orlistat ist ein peripher wirkendes Medikament und ein oral wirksamer Lipasehemmer, der die Kalorienaufnahme aus der Nahrung reduziert, GLP-1-RA und der GIP/GLP-1 Rezeptor-Doppelagonist Tirzepatid haben unterschiedliche Wirkungen auf Organe des Verdauungssystems und auf das Zentralnervensystem. Der Therapieerfolg der Pharmakotherapie sollte regelmäßig evaluiert und dokumentiert werden [2].

Die medikamentösen Behandlungskosten bei Adipositas werden in Deutschland nicht als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen getragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bereits ein Disease-Management-Programm für Adipositas verabschiedet. Dieses ist jedoch derzeit noch nicht komplett in der Versorgung umgesetzt, und es sieht auch noch keine Kostenübernahme einer pharmakologischen Therapie vor. Bislang enthält es die anderen Komponenten der multimodalen Therapie, einschließlich der bariatrischen Behandlungsoptionen. Aus Sicht einiger Fachgesellschaften und auch der Betroffenenverbände gibt es in diesem Punkt Diskussionsbedarf. Hier gibt es Stimmen, die für spezielle Subpopulationen mit Adipositas und ausgeprägten Begleiterkrankungen die Entwicklung einer Regelung zur Kostenerstattung befürworten. Dies gilt besonders für die Subgruppe der Menschen mit Adipositas und ausgeprägten Begleiterkrankungen, die ein sehr hohes Risiko für eine bariatrische Operation haben und die mit multimodaler Behandlung die Therapieziele nicht erreichen können. Natürlich ist hierbei eine Voraussetzung, dass die medikamentöse Therapie bei dieser Subpopulation tatsächlich Vorteile zeigt. Dies ist ein wichtiges Aufgabenfeld für die klinische Forschung, die Fachgesellschaften, die Betroffenen und die Gesundheitspolitik.

Auf keinen Fall darf die Prävention der Adipositas aus dem Fokus geraten. Hierbei geht es um die wichtige Krankheitsvermeidung und um die Vorbeugung von krankheitsbedingten Einschränkungen [3]. In diesem Zusammenhang sei auf die bislang leider nicht umgesetzte Nationale Diabetesstrategie und die Forderungen der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) hingewiesen, die hierzu folgende konkrete Präventionsmaßnahmen vorschlägt [5]:

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:

1. Fischer B, Sedlmeier AM, Hartwik S, et al. Anthropometrische Messungen in der NAKO Gesundheitsstudie – mehr als nur Größe und Gewicht. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2020. 63(3): pp 290-300
2. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. S3-Leitlinie Adipositas - Prävention und Therapie. Version 5.0 Oktober 2024. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-001>. Zugriff am (22.04.2026)
3. Gallwitz B. Therapie-Update bei Adipositas. Herzmedizin 3/2025. Mgo-Fachverlage.
4. <https://www.ddg.info/die-ddg/ddg-akademie/fuer-aerzte/adiposilogin-dag-ddg>
5. 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.ddg.info/fileadmin/user_upload/DANK_6-Punkte-Plan_zur_Bundestagswahl_2025.pdf

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2026

STATEMENT

„Typ F“: Wenn Diabetes auf das echte Familienleben trifft – zwischen Beruf, Schule und Diabetesmanagement

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

Diabetes ist keine isolierte Erkrankung. Diabetes ist eine Erkrankung, die in den Alltag hineinwirkt – und damit häufig auch in Familienstrukturen. Dennoch ist unser Versorgungssystem weiterhin überwiegend auf das Individuum ausgerichtet und bildet die tatsächliche Versorgungsrealität nur unzureichend ab. In Deutschland leben derzeit über 9 Millionen Menschen mit diagnostiziertem Diabetes, unter Berücksichtigung der Dunkelziffer sind es rund 11 Millionen. Diabetes gehört damit zu den häufigsten und kostenintensivsten chronischen Erkrankungen – mit jährlichen direkten Kosten von rund 30 Milliarden Euro sowie weiteren 18 Milliarden Euro durch indirekte Folgen wie Arbeitsausfall und Frühberentung (1). Gleichzeitig wird Typ-2-Diabetes im Durchschnitt 8 bis 10 Jahre zu spät diagnostiziert (1). Diese Zahlen beschreiben jedoch nur einen Teil der Realität. Was bislang weder in Routinedaten noch in der Versorgungssteuerung systematisch abgebildet wird, ist die **unsichtbare Versorgungsleistung von Angehörigen**.

Die Verlagerung von Verantwortung in den Alltag

Diabetesmanagement findet nicht primär in spezialisierten Zentren statt, sondern im Alltag: morgens vor der Schule, während der Arbeitszeit, nachts im Schlafzimmer, im Pflegeheim oder zu Hause. Wenn Versorgungslücken bestehen, werden diese nicht im System sichtbar – sondern durch Familien kompensiert. Damit entsteht eine strukturelle Verschiebung: **Versorgung wird aus professionellen Strukturen in private Kontexte verlagert**.

Kinder mit Diabetes: Hochkomplexe Therapie im Familienalltag

Besonders deutlich wird dies bei Kindern mit Typ-1-Diabetes. Die Therapie erfordert:

- kontinuierliche Glukoseüberwachung,
- komplexe Insulinanpassungen,
- schnelles Notfallmanagement bei Hypoglykämien.

Diese Aufgaben werden im Alltag nahezu vollständig von den Eltern übernommen – rund um die Uhr. **Gleichzeitig fehlen in Deutschland nach wie vor flächendeckend verbindliche Strukturen für die medizinische Betreuung in Schulen und Kitas**. Die Konsequenz ist nicht nur eine medizinische Herausforderung, sondern auch eine sozialpolitische: Viele **Eltern reduzieren ihre Arbeitszeit oder verlassen temporär den Beruf**, um die Versorgung sicherzustellen. Hier zeigt sich exemplarisch, dass Versorgungslücken nicht neutral bleiben – sie werden von Familien „aufgefangen“.

Ein besonders sichtbares Beispiel für die Diskrepanz zwischen medizinischem Fortschritt und Versorgungsrealität ist die Situation von Kindern mit Diabetes in Schulen und Kitas. Obwohl die Therapie heute hochpräzise gesteuert werden kann, liegt die Verantwortung im Alltag häufig weiterhin bei den Eltern. Studien und Erfahrungsberichte zeigen, dass Eltern aktuell zentrale

Aufgaben wie Glukosekontrollen, Insulingaben und Notfallmanagement organisieren müssen – oft auch während der Schulzeit. Fachgesellschaften wie die Deutsche Diabetes Gesellschaft fordern daher seit Jahren gemeinsam mit pädiatrischen und pflegerischen Organisationen den **flächendeckenden Einsatz von Gesundheitsfachkräften in Bildungseinrichtungen, um die gesundheitliche Versorgung chronisch kranker Kinder sicherzustellen und ihre Teilhabe zu verbessern**. Auch in der öffentlichen und medialen Diskussion wird zunehmend betont, dass Kinder mit Typ-1-Diabetes nur dann gleichberechtigt am Schulalltag teilnehmen können, wenn strukturelle Unterstützung vorhanden ist und nicht ausschließlich familiäre Ressourcen kompensierend wirken. Aktuell jedoch wird diese Aufgabe in weiten Teilen Deutschlands informell durch Familien übernommen – mit direkten **Konsequenzen für die Erwerbstätigkeit der Eltern und die Bildungschancen der Kinder**. Die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften ist daher nicht nur eine pädagogische oder medizinische Maßnahme, sondern eine zentrale gesundheitspolitische Weichenstellung für **Inklusion, Prävention und Versorgungsgerechtigkeit**.

Berufstätige: Selbstmanagement unter strukturellem Druck

Auch bei erwerbstätigen Menschen mit Diabetes wird deutlich, wie stark Versorgung und Alltag miteinander verwoben sind. Diabetesmanagement muss in einen hoch strukturierten Tagesablauf integriert werden – häufig ohne ausreichende Flexibilität oder Verständnis am Arbeitsplatz.

Dabei ist die Datenlage eindeutig: Menschen mit Diabetes sind in den allermeisten Fällen voll leistungsfähig und können ihre beruflichen Aufgaben sicher erfüllen (2). Dennoch bestehen weiterhin strukturelle Hürden und zum Teil auch Diskriminierung. Hier entsteht ein Spannungsfeld zwischen medizinischer Realität und gesellschaftlicher Praxis – mit direkten Auswirkungen auf Lebensqualität, Teilhabe und Krankheitsverlauf.

Ein zentraler Bereich, in dem sich die Versorgungsrealität unmittelbar auswirkt, ist die berufliche Teilhabe. Das Positionspapier der DDG zeigt eindeutig, dass Menschen mit Diabetes in den allermeisten Fällen voll leistungsfähig sind und sicher in nahezu allen Berufen eingesetzt werden können. Die **Einschränkungen entstehen daher nicht primär durch die Erkrankung selbst, sondern durch unzureichende strukturelle Rahmenbedingungen**. Besonders deutlich wird dies bei Familien mit Kindern mit Typ-1-Diabetes: Da eine verlässliche medizinische Betreuung in Schulen und Kitas häufig fehlt, übernehmen Eltern zentrale Aufgaben des Diabetesmanagements auch während der Betreuungszeiten in ihrem beruflichen Alltag. Die Folge sind konkret messbare Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit – von Arbeitszeitreduktion bis hin zum zeitweisen Ausstieg aus dem Beruf. Ähnliche Dynamiken zeigen sich bei älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Diabetes, bei denen Angehörige Teile der Therapieorganisation übernehmen müssen. **Damit wird berufliche Teilhabe nicht allein durch die Erkrankung bestimmt, sondern durch die Frage, ob Versorgung strukturell abgesichert ist oder in den familiären Bereich verlagert wird**.

Ältere Menschen: Multimorbidität und Abhängigkeit von Unterstützung

Eine besonders vulnerable Gruppe sind ältere Menschen mit Diabetes. Sie sind häufig multimorbid, kognitiv eingeschränkt oder funktionell beeinträchtigt. Gleichzeitig profitieren sie in besonderem Maße von modernen Technologien wie kontinuierlicher Glukosemessung oder telemedizinischer Betreuung.

In der Praxis zeigt sich jedoch:

- eingeschränkter Zugang zu digitalen Technologien,
- fehlende Unterstützung bei deren Anwendung,
- geringe Integration von Angehörigen in Versorgungsprozesse.

Die Folge ist eine zunehmende Abhängigkeit von informellen Pflege- und Unterstützungsstrukturen – häufig getragen von Kindern oder Partnern.

Damit wird Diabetes im Alter nicht nur zu einer medizinischen, sondern zu einer **familialen Versorgungsaufgabe**. Besonders problematisch ist, dass der Zugang zu CGM-Systemen für ältere Menschen häufig durch strukturelle Hürden eingeschränkt ist – etwa, wenn fehlende digitale Kompetenzen indirekt zu einer Nichtbewilligung führen. Damit wird eine Technologie vorenthalten, die nicht nur die Stoffwechselkontrolle verbessert, sondern auch Angehörige entlasten und die Versorgungssicherheit in Pflegeeinrichtungen deutlich erhöhen könnte.

Weitere oft übersehene Gruppen mit hoher Angehörigenbelastung

Über diese klassischen Gruppen hinaus gibt es weitere Konstellationen, in denen Angehörige eine zentrale Rolle spielen:

- 1. Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Demenz**
Diabetesmanagement wird hier häufig vollständig von Angehörigen übernommen. Fehleranfälligkeit, Hypoglykämierisiko und komplexe Therapieschemata stellen hohe Anforderungen an nicht-medizinische Betreuungspersonen.
- 2. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder sozialer Vulnerabilität**
Hier sind Angehörige oft die einzige stabile Struktur im Versorgungssystem. Gleichzeitig bestehen besonders große Hürden im Zugang zu kontinuierlicher Versorgung.
- 3. Frauen nach Gestationsdiabetes**
Nach der Schwangerschaft endet die strukturierte Betreuung häufig abrupt – obwohl ein deutlich erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes besteht. Gerade in der „Rushhour des Lebens“, zwischen Beruf, Familie und Kinderbetreuung, fehlt eine kontinuierliche präventive Begleitung.
- 4. Menschen mit komplexer Multimorbidität**
Hier koordinieren häufig Angehörige mehrere Fachdisziplinen, Therapien und Medikamente – ein Bereich, der systemisch bislang kaum abgebildet ist.

Digitalisierung: großes Potenzial, strukturell ungenutzt

Die moderne Diabetologie verfügt über hochentwickelte Instrumente:

- kontinuierliche Glukosemessung (CGM),
- automatisierte Insulinabgabe,
- telemedizinische Betreuung,
- datenbasierte Therapieentscheidungen.

Diese Technologien könnten Angehörige erheblich entlasten. In der Realität bleiben sie jedoch häufig unter ihren Möglichkeiten. Das bestehende Disease-Management-Programm (DMP) ist weiterhin stark analog geprägt, fragmentiert und durch regionale Vertragsstrukturen gekennzeichnet, die Datenverluste und Ineffizienzen erzeugen. Gleichzeitig sind jährlich rund 3 Millionen Krankenhausfälle von Diabetes betroffen – bei unzureichender digitaler Vernetzung zwischen den

Versorgungs-sektoren. Das Ergebnis ist ein paradoxes System: **Die Technologie ist vorhanden – aber sie erreicht die Menschen und ihre Familien nicht ausreichend.**

Gesundheitspolitische Konsequenz: Versorgung neu denken

Die zentrale Erkenntnis lautet: Diabetesversorgung darf nicht länger isoliert betrachtet werden. Sie muss sich an der Lebensrealität orientieren.

Daraus ergeben sich klare gesundheitspolitische Handlungsfelder:

- **Strukturelle Integration von Gesundheitsfachkräften in Schulen und Kitas**, um Familien mit Kindern mit Diabetes zu entlasten
- **Konsequente Umsetzung eines digitalen, sektorenübergreifenden DMP**, das Daten integriert und Versorgung koordiniert
- **Niedrigschwelliger Zugang zu Technologien wie CGM und Telemonitoring für alle Altersgruppen**, einschließlich strukturierter Schulungs- und Unterstützungsangebote
- **Systematische Einbindung von Angehörigen in Versorgungskonzepte**, Schulungsprogramme und digitale Anwendungen
- **Stärkere Verzahnung von ambulanter, stationärer und digitaler Versorgung**, um Versorgungsbrüche zu vermeiden

Schlussfolgerung

Die Diabetologie hat in den letzten Jahren enorme Fortschritte gemacht. Doch der entscheidende Schritt steht noch aus: die Anpassung der Versorgung an das reale Leben der Menschen.

„Typ F“ steht dabei für eine Perspektive, die lange übersehen wurde:

- für Familien,
- für Angehörige,
- und für die alltägliche Realität von Versorgung.

Wenn wir diese Perspektive ernst nehmen, wird deutlich: Die größte Herausforderung der Diabetologie ist nicht die Entwicklung neuer Therapien – sondern deren Integration in ein funktionierendes, alltagstaugliches Versorgungssystem.

Literatur:

- (1) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026. Eine Bestandsaufnahme./Factsheet der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/DDG_Factsheet_2026.pdf
- (2) Positionspapier DDG Ausschuss Soziales Positionspapier Diabetes mellitus und Arbeit Berufstätigkeit in Deutschland
https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/01_Die_DDG/03_Ausschuesse/06_Soziales/DiabArbPospapfinal_20260217.pdf

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Heidelberg, Mai 2026

FACTSHEET

Diabetes in Deutschland

Zahlen, Folgen und Handlungsbedarf

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

- **9,3 Mio.** Menschen leben in Deutschland mit Diabetes
- Prognose: Mind. **12,3 Mio. Betroffene bis 2040**
- **450 000 Neuerkrankungen** jährlich
- **Jede bzw. jeder 5. Klinikpatient/in** hat einen Diabetes mellitus, den er oder 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 Menschen mit Diabetes 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 Vergleich 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

- Eine Hausärztin oder ein Hausarzt betreut im Schnitt 100 Menschen mit Diabetes.
- Diabetes bleibt oft 4–7 Jahre unerkannt.
- Das Fach Diabetologie ist an Hochschulen kaum strukturell verankert.
- Spezialisierte Versorgung ist 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 sie 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, 7. Mai 2026 – Diabetes ist keine homogene Erkrankung, sondern eine gesellschaftliche Herausforderung mit vielen Gesichtern. Denn sie betrifft Menschen in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen: Kinder und Jugendliche, multimorbide Patientinnen und Patienten, Frauen in besonderen Lebensphasen, ältere Menschen, Menschen mit Migrationsgeschichte oder sozialer Benachteiligung. Sie alle leben mit Diabetes – aber unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen, mit unterschiedlichen Risiken, Bedürfnissen und Herausforderungen. Mit dem Motto „Diabetes ist Vielfalt – Perspektiven, die bewegen“ rückt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) im Jahr 2026 genau diese Unterschiede in den Mittelpunkt. Gesucht werden journalistische Beiträge, die die Vielschichtigkeit von Diabetes und die Konsequenzen für medizinische Versorgung, Prävention, den Alltag der Betroffenen und die gesellschaftliche Teilhabe im Fokus haben.

Eine zeitgemäße Diabetesversorgung muss diesen vielfältigen Herausforderungen gerecht werden: Sie muss Lebensphasen berücksichtigen, Begleiterkrankungen einbeziehen, geschlechtsspezifische Aspekte ernst nehmen und soziale Faktoren mitdenken. Dazu gehört auch eine verständliche Berichterstattung, die komplexe medizinische und gesundheitspolitische Zusammenhänge einordnet – und den Menschen hinter der Diagnose eine Stimme gibt.

Die DDG möchte mit dem Medienpreis 2026 journalistische Arbeiten auszeichnen, die diese Perspektiven ernst nehmen, differenziert darstellen und so zu mehr Verständnis, Aufmerksamkeit und Weiterentwicklung in der Diabetologie beitragen.

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
- Darlegung von sozialer Ungleichheit, Versorgungslücken oder der Situation vulnerabler Gruppen
- Innovative Ansätze in Prävention, Versorgung, Aufklärung oder Selbstmanagement, die Vielfalt berücksichtigen
- Stimmen aus Praxis, Pflege, Wissenschaft oder Selbsthilfe, die neue Blickwinkel eröffnen

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury aus hochkarätigen Journalistinnen und Journalisten aus dem medizinisch-wissenschaftlichen Kontext unter Leitung des DDG Mediensprechers Professor Dr. med. Baptist Gallwitz. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei Bewerbungen in einer Kategorie vorliegen, die als qualitativ gleichwertig beurteilt werden. Wenn die Jury zu der Einschätzung kommt, dass in einer Kategorie bis zum Meldeschluss der Ausschreibung keine preiswürdigen Publikationen vorliegen, wird der Preis in der jeweiligen Kategorie nicht vergeben.

Die Preisvergabe erfolgt in feierlichem Rahmen am Freitag, den 13. November 2026 auf der Diabetes Herbsttagung in Dresden.

Informationen zu den Kategorien:

Hören (Hörfunk und andere Audio-Formate wie Podcasts)

Sehen (Fernsehen und andere visuelle Formate wie Youtube-Videos)

Lesen (Printbeiträge aus Zeitschriften und Zeitungen, Online-Artikel, Blogs)

Bitte beachten Sie:

Medienschaffende können sich jeweils nur mit einem Beitrag bewerben. Serienbeiträge können aufgrund des Umfangs leider nicht angenommen werden.

Reichen Sie Ihren Beitrag bitte per E-Mail ein:

- **Kurzer Lebenslauf mit Foto** (650 x 370 px und Angabe zum Copyright) als Word- oder PDF-Datei
- **Print-Beitrag als PDF**
- **Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript** als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- **TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript** als PDF

Bewerbungsunterlagen:

Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis **zum 31. Juli 2026** an die Pressestelle der DDG.

Pressekontakt DDG:

Lisa Ehlenrup-Roth

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-833

roth@medizinkommunikation.org



Kongress-Pressekonferenz

60. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Freitag, 15. Mai 2026, 12:00 bis 13:00 Uhr

Ort: Saal M6, Level 3, CityCube Berlin

Anschrift: Haupteingang Messedamm, Messedamm 26, 14055 Berlin

Sowie online unter https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_BMFFiKRfRJ-04BN4IID0wQ

Themen und Referierende:

Stammzellbasierter Betazellersatz – Chancen und Risiken

Professorin Dr. med. Barbara Ludwig

Kongresspräsidentin Diabetes Kongress 2026, Leiterin klinische Inseltransplantation und Laborleitung, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Typ-1-Diabetes-Screening – aktuelles Positionspapier der DDG

Professorin Dr. med. Beate Karges

Vorstandsmitglied der DDG, Kinderärztin, Sektion Endokrinologie & Diabetologie, Uniklinik RWTH Aachen

Fettleber, Adipositas und Diabetes – gefährliches Trio, das Schlaganfälle und Herzinfarkte fördert

Professor Dr. med. Nikolaos Perakakis

Kongresssekretär Diabetes Kongress 2026, Bereichsleiter für Metabolisch Vaskuläre Medizin und Leiter des Studienzentrums für Stoffwechselerkrankungen, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Prädiabetes im Fokus: Heterogenität, Kontroversen und neue Forschungsansätze

Professor Dr. med. Martin Heni

Leiter der Sektion Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin I, Universitätsklinikum Ulm

Moderation: Julia Hommrich, Pressestelle DDG

Pressekontakt für Rückfragen:

Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2026

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org