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

„Diabetologie vernetzt denken: neue Wege für eine bessere Versorgung“

Termin: Dienstag, 3. November 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: https://events.teams.microsoft.com/event/72887b2e-4eee-43c4-80e3-a1703f0a789e@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1?source=copyLinkLegacyShareEventDialog

Themen und Referierende:

Diabetesversorgung zwischen Praxis und Klinik: was aktuelle Reformen für Betroffene bedeuten
Dr. med. Sandra Schlüter
Tagungspräsidentin und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologin und Diabetologin in der Diabetespraxis Northeim

Adipositastherapie im Umbruch: neue Medikamente, neue Möglichkeiten – aber kommt die Versorgung hinterher?
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

Diabetes ist nicht immer gleich: wie hormonelle Lebensphasen die Therapie von Frauen beeinflussen
Dr. Martina Rothenbühler
Scientific Program Manager am Diabetes Center Berne

Diabetesfolgen früher erkennen: wie moderne Diagnostik Organe schützen kann
Professor Dr. med. Thomas Ebert
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Niere der DDG, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Leipzig

Moderation: Stephanie Balz, Pressestelle DDG

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

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

Adipositas: Neue Medikamente helfen – doch viele müssen sie selbst bezahlen

DDG fordert Kostenübernahme für Menschen mit hohem gesundheitlichem Risiko

Dresden, 3. November 2026 – Fast jeder 5. Erwachsene in Deutschland hat Adipositas, also starkes Übergewicht. Medikamente wie Semaglutid können nicht nur das Gewicht senken, für bestimmte Wirkstoffe und Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen ist auch ein Schutz vor schweren Folgeerkrankungen belegt. Doch die Behandlung kostet nach einer AOK-Schätzung rund 4.000 Euro jährlich und muss zur Gewichtsregulation selbst bezahlt werden. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) fordert deshalb eine Kostenübernahme für Menschen mit hohem gesundheitlichem Risiko. Darüber informiert sie anlässlich der Diabetes Herbsttagung auf ihrer heutigen Vorab-Pressekonferenz.

Adipositas ist eine chronische Krankheit, die unter anderem das Risiko für Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht. Medikamente wie Semaglutid und Tirzepatid ahmen körpereigene Hormone nach, die unter anderem Hunger und Sättigung steuern. Dadurch können sie die Gewichtsabnahme unterstützen. „Die Gewichtsabnahme ist Mittel zum Zweck. Entscheidend ist, wie die Behandlung den Stoffwechsel verbessert und Organe schützt“, 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.

Weniger Herzinfarkte, Schlaganfälle und Herz-Kreislauf-bedingte Todesfälle

Dass die Behandlung mehr bewirken kann als eine Gewichtsabnahme, zeigt die SELECT-Studie. Sie untersuchte den Wirkstoff Semaglutid bei Menschen mit Übergewicht oder Adipositas, die bereits eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, aber keinen Diabetes hatten. Über rund 3 Jahre erlitten 6,5 Prozent der mit Semaglutid Behandelten einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder starben an einer Herz-Kreislauf-Ursache. In der Vergleichsgruppe mit einem Scheinmedikament waren es 8 Prozent. Ob Menschen ohne diese Vorerkrankung oder unter anderen Medikamenten ebenso profitieren, beantwortet die Studie nicht.

Krankheitsrisiko statt Geldbeutel

Dennoch schließt das Sozialgesetzbuch V (§ 34) Medikamente zur Gewichtsregulation von der gesetzlichen Erstattung aus. „Der medizinische Bedarf muss über den Zugang zur Therapie entscheiden und sollte nicht von monetären Mitteln jedes beziehungsweise jeder Einzelnen abhängig sein“, fordert Reger-Tan. Die DDG verlangt eine gezielte Ausnahme für Menschen mit hohem gesundheitlichem Risiko – etwa nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, wenn das Medikament nachweislich das Risiko weiterer schwerer Herz-Kreislauf-Ereignisse senkt. Medikamente sollen dabei eine langfristige Therapie mit Ernährung, Bewegung und Unterstützung bei Verhaltensänderungen ergänzen.

Strukturierte Betreuung muss im Alltag ankommen
Damit Betroffene diese umfassende Behandlung erhalten, braucht es neben der Finanzierung auch verlässliche Versorgungsstrukturen. Das strukturierte Behandlungsprogramm für Erwachsene mit Adipositas, kurz DMP Adipositas, soll die Betreuung koordinieren. Seit Juli 2024 können Krankenkassen dafür regionale Verträge schließen. Bis Ende August 2026 wurde das Programm laut einer gemeinsamen Mitteilung von DDG und der Deutschen Adipositas-Gesellschaft jedoch in keinem Bundesland angeboten.

Eine strukturierte Adipositasbehandlung erfordert klare Zuständigkeiten und eine verlässliche Abstimmung zwischen den beteiligten Praxen und Kliniken. Bei Bedarf sollten spezialisierte Praxen und Zentren einbezogen werden. „Es muss klar sein, wer die Behandlung koordiniert und die nächsten Schritte mit den Betroffenen bespricht. Dafür brauchen die Teams ausreichend Zeit für Beratung und eine gesicherte Finanzierung“, betont Dr. med. Sandra Schlüter, Tagungspräsidentin und Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie der DDG sowie Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologin in der Diabetespraxis Northeim, Behandlungs- und Schulungszentrum Süd-Niedersachsen.

Wie neue Adipositasmedikamente vor Folgeerkrankungen schützen können und wie Betroffene Zugang zu einer wirksamen Behandlung erhalten, erläutern Expertinnen und Experten auf der Online-Vorab-Pressekonferenz. Anlass ist die 20. Diabetes Herbsttagung, die am 13. und 14. November in Dresden stattfindet.

Weitere Informationen:
Lincoff AM et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med 2023; 389(24):2221–2232. doi: 10.1056/NEJMoa2307563. PMID: 37952131

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

Typ-1-Diabetes: Der Zyklus verändert den Insulinbedarf – trotz automatisierter Insulinabgabe

Moderne Technik entlastet Frauen, nimmt ihnen aber nicht alle Therapieentscheidungen ab

Dresden, 3. November 2026 – In der zweiten Zyklushälfte wirkt Insulin bei vielen Frauen mit Typ-1-Diabetes weniger stark: Sie benötigen mehr Insulin, um ihre Blutzuckerwerte im Zielbereich zu halten. Eine Beobachtungsstudie mit 77 Frauen und 380 Menstruationszyklen zeigt, dass in dieser Phase trotz automatisierter Insulinabgabe sowohl die tägliche Insulinmenge als auch die durchschnittlichen Blutzuckerwerte höher waren (1). Die individuellen Muster unterschieden sich jedoch deutlich. Was dies für die Behandlung bedeutet, erläutert Dr. Martina Rothenbühler auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zur Diabetes Herbsttagung 2026.

Systeme zur automatisierten Insulinabgabe, kurz AID, verbinden einen Glukosesensor mit einer Insulinpumpe. Ein Steuerungsprogramm passt die Insulinabgabe anhand der Messwerte an. Das erleichtert die Behandlung und hilft, die Werte im Zielbereich zu halten. Die Studie, die in der Septemberausgabe 2026 der Fachzeitschrift Diabetes Care erschien, zeigt jedoch: Zyklusabhängige Veränderungen von Insulinbedarf und Glukosewerten bestehen auch bei Nutzung dieser Systeme.

Wenn der Körper mehr Insulin braucht

Der Zyklus beginnt mit dem ersten Tag der Menstruation. Die zweite Zyklushälfte liegt nach dem Eisprung und vor der nächsten Blutung. In dieser Phase reagiert der Körper bei vielen Frauen weniger empfindlich auf Insulin. Eine höhere Insulinabgabe kann diesen erhöhten Bedarf ausgleichen, verhindert aber nicht zwangsläufig einen Anstieg der Glukosewerte. In der untersuchten Gruppe lagen die Werte in dieser Phase seltener im Zielbereich.

Bei rund 85 Prozent der Teilnehmerinnen zeigte sich ein Muster, das dem Trend auf Gruppenebene entsprach: Die Insulinempfindlichkeit war in der zweiten Zyklushälfte geringer und zu Beginn des Zyklus höher. Sie wurde mithilfe eines statistischen Modells aus den Alltagsdaten geschätzt. Wie stark sich die Empfindlichkeit veränderte, unterschied sich jedoch erheblich. Die Beobachtungsstudie erfasst Zusammenhänge im Alltag: Neben hormonellen Schwankungen können auch Ernährung, Schlaf und Bewegung Insulinbedarf und Glukosewerte beeinflussen. Welchen Anteil die einzelnen Faktoren an den beobachteten Veränderungen haben, lässt sich daraus nicht eindeutig ableiten.

„Nicht jede Frau braucht vor der Menstruation mehr Insulin. Wir müssen die individuellen Muster erkennen, statt eine pauschale Regel anzuwenden“, sagt Dr. Martina Rothenbühler, Scientific Program Manager am Diabetes Center Berne in Bern, Schweiz. Zu Beginn des Zyklus kann der Insulinbedarf

wieder sinken. Eine im Verhältnis zum Bedarf zu hohe Insulinabgabe kann zu Unterzuckerungen führen. AID-Systeme können die Abgabe bei sinkenden Glukosewerten reduzieren. Ob darüber hinaus Einstellungen angepasst werden sollten, ist individuell mit dem Diabetesteam zu besprechen.

Automatisierung lässt einen Teil der Arbeit offen

AID-Systeme können auf einen steigenden Insulinbedarf reagieren, indem sie die Insulinabgabe bei steigenden Glukosewerten automatisch erhöhen. Automatische Anpassung bedeutet jedoch nicht, dass die Werte jederzeit im Zielbereich bleiben. Die Studie zeigt, dass zyklusabhängige Unterschiede trotz AID bestehen; sie klärt nicht, welche technischen oder physiologischen Faktoren dafür im Einzelnen verantwortlich sind. „Bislang berücksichtigt kein zugelassenes System den Menstruationszyklus ausdrücklich bei der Steuerung der Insulinabgabe“, erklärt Rothenbühler.

Auch mit AID können deshalb individuelle Therapieanpassungen erforderlich sein. Ob und welche Einstellungen verändert werden sollten, hängt vom persönlichen Verlauf und vom verwendeten System ab. „Wir sollten die Systeme nicht nur an den Glukosewerten messen, sondern auch daran, wie viele Entscheidungen sie den Nutzerinnen tatsächlich abnehmen“, betont Rothenbühler. Sie empfiehlt, Zyklusmuster in Beratung und Schulung regelmäßig anzusprechen und hormonelle Lebensphasen in Studien und Technikentwicklung stärker zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, warum Diabetesbehandlung auch mit moderner Technik individuell bleiben muss. Neue Wege für eine bessere Versorgung stehen im Mittelpunkt der 20. Diabetes Herbsttagung, die am 13. und 14. November 2026 in Dresden stattfindet.

Weitere Informationen:

(1) Hossmann S, Friedman M, … Reger-Tan S,… Rothenbühler M. Effects of Menstrual Cycle on Insulin Sensitivity in Type 1 Diabetes: An Observational Study of Individuals Using an AID System. Diabetes Care 2026;49(9):1673-1680. doi:10.2337/dc26-0692
(2) http://www.dcberne.com/en/focus-area-menstrual-cycle/
(3) www.dcberne.com/times/

Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Dienstag, 3. November 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

S T A T E M E N T

Diabetesversorgung zwischen Praxis und Klinik: was aktuelle Reformen für Betroffene bedeuten

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

Die DDG fordert ein eigenständiges digitales DMP; der G-BA will die Sonderregelung streichen und digitale Bausteine in alle DMP integrieren. Dies ist kein Widerspruch. Dieser Weg kann überzeugen, wenn Standards, Finanzierung, Patientenzugang und der Austausch zwischen Praxis und Klinik für die Diabetesversorgung verbindlich gesichert werden.

Digitale Versorgung muss Versorgung verbinden

Menschen mit Diabetes erleben ihre Behandlung nicht getrennt nach Sektoren. Sie wechseln zwischen Haus- und Facharztpraxis, Klinik, Diabetesberatung und Alltag. Dabei entstehen wichtige Informationen zu Glukose, Therapie, Begleiterkrankungen und persönlichen Zielen. Diese helfen aber nur, wenn sie rechtzeitig ankommen, verständlich eingeordnet werden und eine konkrete Handlung ermöglichen.

Die **Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)** hat im März 2026 ein eigenständiges digitales DMP als datenbasiertes, sektorenübergreifendes Versorgungsmodell vorgeschlagen. Dazu gehören einheitliche Standards, eine digitale Einschreibung ohne Doppelprozesse, strukturierte Diabetesdaten in der ePA, geeignete Managementsysteme, Entscheidungsunterstützung, die aktive Einbindung der Krankenhäuser und eine stärker am individuellen Bedarf orientierte Betreuung. [1]

Die **unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** schlagen in ihrer Stellungnahme zum GeDIG vom 8. Oktober 2026 vor, Paragraf 137f Absatz 9 SGB V und damit die besondere Rechtsgrundlage für das dDMP zu streichen. Der G-BA hält zugleich fest, dass das dDMP wegen der noch ausstehenden technischen und datenschutzrechtlichen Rechtsverordnung nach Paragraf 370b SGB V bisher nicht in Kraft getreten ist. Seine Begründung: Viele digitale Bausteine wie ePA, Medikationsplan, Telemedizin, sichere Kommunikation, digitale Gesundheitsanwendungen und die Nutzung von Hilfsmitteldaten würden bereits eingeführt oder durch das GeDIG für alle Versicherten verfügbar. Zusätzliche dDMP-Module könnten parallele Verträge und Aufwand schaffen. Digitale Angebote sollten stattdessen in die bestehenden DMP integriert werden können. [2]

Das ist keine Absage an digitale Diabetesversorgung. Der G-BA begrüßt ausdrücklich den elektronisch sichtbaren Teilnahmestatus eines DMP und regt an zu prüfen, wie auch Versicherte ihren Status elektronisch selbst einsehen können. Zudem fordert er, interoperable medizinische Informationsobjekte nicht nur für das Diabetes-dDMP, sondern indikationsübergreifend für alle DMP zu entwickeln. [2]

Was es jetzt braucht

• Keine Doppelstrukturen: Digitale Abläufe sollen unnötige Papier- und Dokumentationswege ersetzen und den Zugang zum DMP für Versicherte und Teams transparent machen.

• Verbindliche Interoperabilität: Diabetesrelevante Daten wie Therapieziele, Laborwerte sowie standardisierte Glukose- und Insulindaten wie CGM- und Pumpenberichte müssen sektorübergreifend strukturiert verfügbar sein.

• Sichtbarer Teilnahmestatus: Versicherte und Behandlungsteams sollen jederzeit erkennen können, an welchen DMP eine Person teilnimmt.

• Klare Verantwortung und Finanzierung: Datenmanagement, klinische Entscheidungsunterstützung und die notwendige Zeit für Einordnung und Beratung brauchen eindeutige Standards und eine tragfähige Finanzierung.

• Bedarfsgerechte Kontakte: Stabile Verläufe können weniger Präsenztermine benötigen; bei Risiken muss eine engmaschigere Betreuung erreichbar sein. Digitale Angebote sollen dafür zusätzliche Wege öffnen.

• Patientenlenkung mit Qualitätsbindung: Hinweise und digitale Navigation sollten verständlich in geeignete, qualitätsgesicherte Versorgung führen. In einem anderen Teil seiner GeDIG-Stellungnahme warnt der G-BA davor, dass Kassenhinweise Versicherte von G-BA-geregelten Angeboten in kassen- oder anbieterspezifische Programme lenken könnten. [2]

Fazit

DDG und G-BA verfolgen dasselbe Ziel: **DMP digital weiterzuentwickeln und die Versorgung zu vernetzen**. Die Digitalisierung bestehender DMP kann ihre Vorschläge zusammenführen: mit elektronischer Einschreibung, bundeseinheitlicher Dokumentation und strukturierten Daten in der ePA. So profitieren alle DMP-Teilnehmenden. Für Diabetes sollte die Nutzung von CGM- und AID-Daten zudem erstmals verbindlich in der Regelversorgung verankert werden. DDG und BVND stehen für Gespräche und die weitere fachliche Ausarbeitung gern zur Verfügung.

Programmhinweise zur Herbsttagung

Symposien, Vorträge und Workshops mit Bezug zu Digitalisierung, Daten und Versorgungsalltag

Auswahl einschlägiger Programmpunkte der Diabetes Herbsttagung am 13. und 14. November 2026 in Dresden [3–4]

Programmpunkt	Termin und Ort	Bezug zu Betroffenen und Behandlungsteams
Symposium „Warum Digitalisierung jetzt Versorgung entscheidet“	Fr., 13.11. 08:30–10:00 Uhr Saal Hamburg 1	Mit gesundheitspolitischem Fokus: GluCode und stationäre Kodierung; eDA als Rückgrat vernetzter Versorgung; digitales DMP „vom Datensilo zum Versorgungsnetz“; Krankenhaus 4.0. Diskutiert werden die politischen und strukturellen Voraussetzungen. Alltagsbezug: anschlussfähige Daten und koordinierte Übergänge zwischen Klinik und Praxis. [4]

Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Dienstag, 3. November 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

Programmpunkt	Termin und Ort	Bezug zu Betroffenen und Behandlungsteams
Workshop 2 „Smarte Diabetologie | Apps und DiGAs treffen auf Künstliche Intelligenz | Praxis“	Fr., 13.11. 08:30–10:00 Uhr Saal St. Petersburg	Praxisbezug zu digitalen Anwendungen und KI. Für Betroffene zählen verständliche, passende Angebote; Teams brauchen eine sichere Einordnung, Integration in den Arbeitsablauf und klare Grenzen automatisierter Empfehlungen. [3]
Workshop 6 „Zwischen Reiz und Reaktion: Regulationssnacks für Beratung und Schulung bei Diabetes“	Fr., 13.11. 14:45–16:15 Uhr Saal Florenz	Direkter Bezug zum Alltag: Beratung und Schulung unterstützen Menschen dabei, digitale Messwerte, Therapieziele und Selbstmanagement in konkrete Entscheidungen zu übersetzen. Für Teams ist die verständliche Einordnung der Daten Teil einer patientenzentrierten Versorgung. [3]

Hinweis: Die Tagung findet in Präsenz statt. Laut DDG stehen Vorträge und Symposien für Ticketinhaber*innen im Anschluss auch über die Mediathek zur Verfügung. Programmänderungen sind möglich. [3]

DDG-Forderungen und G-BA-Bewertung im Vergleich

Die DDG formuliert sieben konkrete Gestaltungsimpulse für ein eigenständiges dDMP. Der G-BA bewertet in seiner GeDIG-Stellungnahme vor allem die Rechtsgrundlage in Paragraf 137f Absatz 9 SGB V und einzelne digitale Bausteine. Wo er einen DDG-Vorschlag nicht ausdrücklich behandelt, wird dies hier kenntlich gemacht. [1][2]

Thema	DDG-Impuls, März 2026	G-BA-Bewertung, Oktober 2026
1. Eigenständigkeit	Eigenständige, vom analogen DMP getrennte Versorgungsform; digitale Teilnahme soll analoge Teilnahme ersetzen.	Der G-BA schlägt die Streichung der Sonderregelung vor. Er sieht das dDMP als zusätzliche Module mit Parallelaufwand; digitale Leistungen sollen in bestehende DMP integriert werden. [2, S. 7–10]
2. Einheitlicher Rahmen	Bundeseinheitliche Verträge, Datenstandards und digitale Einschreibung mit eindeutig prüfbarem Status	Kein eigener Gegenvorschlag zu einem bundesweiten dDMP-Vertrag. Der G-BA warnt vor zusätzlichem Vertrags- und Umsetzungsaufwand. Er begrüßt einen elektronisch sichtbaren DMP-Status. [2, S. 9, 11–12]
3. DMP-Management-systeme	Finanzierte Systeme zur automatisierten Datenzusammenführung, Plausibilitäts- und Risikoanalyse sowie zu ePA-Berichten	Keine ausdrückliche Einzelbewertung dedizierter Managementsysteme. Der G-BA verweist allgemein auf die Nutzung digitaler Anwendungen im bestehenden DMP-Rahmen. [2, S. 8–10]

Thema	DDG-Impuls, März 2026	G-BA-Bewertung, Oktober 2026
4. KI und Entscheidungs-unterstützung	Verlässliche technische und regulatorische Mindeststandards sowie Integration und Finanzierung klinischer Entscheidungsunterstützung	Keine ausdrückliche Einzelbewertung von Clinical Decision Support Systems (CDSS), prädiktiven Algorithmen oder deren Vergütung. Der G-BA sieht für die dDMP-Sonderregelung keinen zusätzlichen Versorgungsnutzen und würde bei ihrer Streichung auch Folgebezüge zu Paragraf 370b entfallen lassen. [2, S. 9–10]
5. MIO-Diabetes	Verbindliches, maschinenlesbares MIO-Diabetes in der ePA mit Therapie-, Geräte-, Labor- und Risikodaten	Der G-BA möchte interoperable Informationsobjekte für alle DMP, indikationsübergreifende wie spezifische Daten. Damit reicht der Vorschlag über Diabetes hinaus. [2, S. 18]
6. Krankenhäuser	Verbindliche Beteiligung der stationären Versorgung und strukturierter Austausch relevanter Daten mit der ambulanten Versorgung	Der G-BA verweist auf digitale Wege zur Nutzung von Hilfsmitteldaten, etwa rtCGM, durch Vertragsärzte und Krankenhäuser für alle Versicherten. Eine ausdrückliche dDMP-Pflicht zur Krankenhausbeteiligung bewertet er in diesem Abschnitt nicht gesondert. [2, S. 8–10]
7. Patienten-zentrierung	Individuelle Therapieziele, PROMs und flexible Kontaktintervalle nach Bedarf und Risiko	Keine ausdrückliche Einzelbewertung von PROMs oder flexiblen Kontakten. Der G-BA hält digitale Anwendungen grundsätzlich auch im bestehenden DMP-Rahmen für integrierbar und regt an, eine elektronische Einsicht der Versicherten in ihren Teilnahmestatus zu prüfen. [2, S. 9–12]

Wo sich beide Positionen berühren

DDG und G-BA teilen das Ziel, digitale Abläufe in den DMP nutzbar zu machen, unnötige Doppelarbeit zu vermeiden und den DMP-Status transparent zu gestalten. Ihre Vorschläge setzen unterschiedliche Schwerpunkte, lassen sich aber verbinden: Digitale Strukturen sollen in allen DMP funktionieren und zugleich die besonderen Anforderungen der Diabetesversorgung berücksichtigen.

Die G-BA-Stellungnahme bewertet Managementsysteme, klinische Entscheidungsunterstützung, flexible Kontakte und eine verbindliche Krankenhausbeteiligung nicht einzeln. Sie schließt diese DDG-Vorschläge damit nicht aus. Die GeDIG-Regelungen können so ausgestaltet werden, dass solche Funktionen in allen DMP verbindlich und im Versorgungsalltag verfügbar sind.

Einordnung für den Versorgungsalltag

Was sich für Betroffene und Teams konkret ändern müsste

Für Menschen mit Diabetes	**Für Diabetes-Teams in Praxis und Klinik**
• Teilnahme am DMP und am jeweiligen Modul selbst nachvollziehen können • Bei Praxis- oder Klinikwechseln zentrale Therapie- und Gerätedaten nicht jedes Mal neu bereitstellen müssen • Eine verständliche Rückmeldung erhalten: Welche Information wurde gesehen, was bedeutet sie und was ist der nächste Schritt? • Je nach Stabilität und Risiko passende Kontakte erhalten; digitale Kontakte nutzen können, ohne notwendige Schulung oder persönliche Untersuchung zu verlieren	• Strukturierte, interoperable Daten statt voneinander getrennter Portale und unlesbarer Einzeldateien • Klarer DMP-Status und ein verlässlicher Informationsweg bei Aufnahme, Entlassung und ambulanter Weiterbehandlung • Festgelegte Verantwortlichkeiten für Datensichtung, Rückmeldung, Eskalation und Dokumentation • Zeit, qualifiziertes Personal und passende technische Ausstattung, damit Digitalisierung Versorgung unterstützt und nicht zusätzliche Arbeitsschritte erzeugt

Was muss für Behandlungsteams geregelt sein?

Teams brauchen einheitliche Datenformate, funktionierende Schnittstellen, klare Zuständigkeiten und Zeit für Auswertung und Beratung. Entscheidungsunterstützung muss in einen sicheren klinischen Ablauf passen. Das ist eine Umsetzungsanforderung, keine ausdrückliche Einzelposition des G-BA.

Patientenlenkung und Qualität

In einem anderen Abschnitt der GeDIG-Stellungnahme (zu Paragraf 25b SGB V) mahnt der G-BA an, dass Hinweise der Krankenkassen Versicherte nicht von qualitätsgesicherten, in G-BA-Richtlinien geregelten Angeboten in kassen- oder anbieterspezifische Programme lenken sollten. Das betrifft nicht direkt die dDMP-Bewertung, ist für die digitale Navigation aber ein relevanter Grundsatz: Hinweise müssen nachvollziehbar, qualitätsgebunden und auf einen konkreten nächsten Versorgungsschritt ausgerichtet sein. [2, S. 5–7]

Quellen/Literatur

[1] Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Digitales DMP Diabetes: Impuls für eine zukunftsfähige und transsektorale Diabetesversorgung. Impulspapier, März 2026. https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/gemeinsame-stellungnahme-gedig-diabetesversorgung-sichern-dmp-digitalisieren

[2] Gemeinsamer Bundesausschuss, unparteiische Mitglieder. Stellungnahme vom 8. Oktober 2026 zum Gesetzentwurf für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG), BT-Drs. 21/8279. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-6168/2026-10-08_PA_AfG_GBA_Stellungnahme_GeDIG.pdf

[3] DDG. Diabetes Herbsttagung 2026, Programmseite. https://herbsttagung-ddg.de/programm/

[4] DDG. Programminformationen 2026: Symposium „Warum Digitalisierung jetzt Versorgung entscheidet“ (unter anderem eDA, digitales DMP, Krankenhaus 4.0).

Interessenkonflikte

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.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Northeim, November 2026

Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Dienstag, 3. November 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

S T A T E M E N T

Adipositastherapie im Umbruch: neue Medikamente, neue Möglichkeiten – aber kommt die Versorgung hinterher?

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

Kernbotschaft
Die Adipositasmedizin erlebt einen Paradigmenwechsel. Die Diagnose stützt sich nicht nur auf das Körpergewicht, sondern auch auf Fettverteilung und Folgeerkrankungen. Ziel der Therapie ist nicht allein die Gewichtsreduktion, sondern der Schutz von Organen. Internationale Leitlinien haben den Nutzen für Herz, Stoffwechsel, Leber, Atmung und Gelenke aufgenommen. Damit die Versorgung Schritt hält, braucht es politische Weichenstellungen: eine Zuckersteuer, ein flächendeckend verfügbares DMP Adipositas und eine gezielte Kostenübernahme für Menschen mit hohem Risiko.

Adipositas betrifft Millionen

- Adipositas wird seit 2000 von der WHO und seit 2020 vom Deutschen Bundestag als chronische Krankheit anerkannt [1, 2].
- Jede zweite erwachsene Person in Deutschland ist übergewichtig, fast jede fünfte adipös. Knapp 6 Prozent der Erwachsenen weisen einen BMI von 35 kg/m² und mehr auf [3]. 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind übergewichtig und 6 Prozent adipös [4]. 325.000 Jugendliche sind von extremer Adipositas betroffen [5].
- Am stärksten gestiegen ist die Adipositas-Häufigkeit bei Frauen zwischen 18 und 29 Jahren (von 6 auf 10 Prozent von 2012 bis 2019). Menschen mit niedriger Bildung sind im Vergleich zu Menschen mit hoher Bildung mehr als doppelt so häufig von Adipositas betroffen [3].

Paradigmenwechsel in Diagnose und Therapie

	Bisher	**Heute**
Diagnose	Einteilung allein nach Körpergewicht (BMI)	**Zusätzlich nach Fettverteilung und gesundheitlichen Folgen**
Therapieziel	Gewichtsreduktion	**Zusätzlich Reduktion von Risiken, Behandlung von Folgeerkrankungen und Vorbeugung von Ereignissen**

1. Adipositas wird über ihre Folgen definiert

- Der BMI allein bildet das gesundheitliche Risiko unzureichend ab. Das Framework der European Association for the Study of Obesity (EASO) bezieht deshalb Fettverteilung und gesundheitliche Folgen in Diagnose und Stadieneinteilung ein [6].

- Die Lancet-Kommission unterscheidet seit 2025 präklinische und klinische Adipositas. Bei eingeschränkter Organfunktion oder Alltagsbewältigung soll zeitnah behandelt werden [7].

2. Ziel der Therapie ist der Organschutz

Die Gewichtsabnahme ist Mittel zum Zweck. Entscheidend ist der Nutzen für Stoffwechsel und Organfunktion.

- **Gewicht:** Derzeit verfügbare inkretinbasierte Medikamente senken ergänzend zur Lebensstiltherapie das Körpergewicht um durchschnittlich 15 bis 21 Prozent (Placebo 2 bis 3 Prozent) [8, 9].
- **Herz und Pumpfunktion:** Bei bestehender Herz-Kreislauf-Erkrankung sank das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und kardiovaskulären Tod um 20 Prozent (6,5 versus 8,0 Prozent über 3 Jahre) [10]. Bei Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion traten kardiovaskulärer Tod und Verschlechterungen der Herzinsuffizienz um 38 Prozent seltener auf (HR 0,62) [11].
- **Leber:** Bei Fettleberentzündung mit Fibrose (MASH) bildete sich die Entzündung bei knapp zwei Dritteln der Behandelten zurück und die Fibrose bei gut einem Drittel [12].
- **Atmung:** Bei Menschen mit mittel- bis schwergradiger obstruktiver Schlafapnoe und rund 50 Atemaussetzern pro Stunde halbierte sich unter Therapie die Rate der Atemaussetzer. 4 bis 5 von 10 Behandelten benötigten nach Therapie kein Atemtherapiegerät mehr [13].
- **Gelenke:** Bei Kniearthrose halbiert sich unter Therapie die Schmerzintensität und nimmt die 6-Minuten-Gehstrecke um knapp 60 Meter zu [14].

Leitlinien haben den Wandel aufgenommen

- Der EASO-Algorithmus richtet die medikamentöse Therapie auf Komplikationen, körperliche Funktion und Lebensqualität aus [15].
- Der ADA-EASD-Konsensus 2026 empfiehlt bei Typ-2-Diabetes SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-basierte Therapien früh zum Organschutz, auch schon ab Diagnosestellung. Eine Gewichtsabnahme um 10 bis 15 Prozent bietet zudem die Chance auf eine Diabetes-Remission [16].
- Sind die Ressourcen im Gesundheitssystem begrenzt, kann es nach dem Konsensus notwendig sein, Menschen mit dem höchsten Risiko vorrangig Zugang zu gewähren [16]. Dieses Prinzip trägt auch für die Erstattung bei Adipositas.

Die Entwicklung geht weiter

- **Mehrfachagonisten:** Der Dreifachagonist Retatrutid (GIP, GLP-1, Glukagon) senkt das Körpergewicht um bis zu 25 Prozent (Placebo 3,9 Prozent) [17]. Weitere Mehrfachagonisten und amylinbasierte Substanzen befinden sich in Entwicklung [18].
- **Orale Therapie:** Seit September 2026 ist in Deutschland erstmals ein GLP-1-Rezeptoragonist als Tablette zur Gewichtsregulation verfügbar [19]. In den USA ist zusätzlich ein niedermolekularer oraler Wirkstoff zugelassen [16].

Gesamtkonzept: langfristig und mit Behandlung der Folgeerkrankungen

- Adipositas ist chronisch. Nach dem Absetzen der Medikamente steigt das Gewicht um etwa 0,4 Kilogramm pro Monat und erreicht nach 1,7 Jahren den Ausgangswert [20]. Das Therapiekonzept soll deshalb langfristig angelegt sein.

- Grundlage bleibt die multimodale Basistherapie aus Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie [19]. Die metabolische Chirurgie ist eine weitere wirksame Option [16].
- Individuelle kardiometabolische Risiken und Begleiterkrankungen brauchen eine leitliniengerechte Identifikation und Behandlung. Sie leiten das Therapiekonzept [15, 16, 19].

Die Versorgung hält mit der Evidenz nicht Schritt

- **Diabetes:** Nach dem ADA-EASD-Konsensus lässt sich die Prognose bei Typ-2-Diabetes durch die konsequente Anwendung bereits verfügbarer Therapien grundlegend verbessern [16]. In Deutschland entfielen 2023 jedoch nur 5 Prozent der Erstverordnungen auf GLP-1-Rezeptoragonisten und 25 Prozent auf SGLT2-Inhibitoren [21].
- **DMP Adipositas:** Seit Juli 2024 können die Krankenkassen regionale Verträge schließen [22]. Eine Frist für die Umsetzung gibt es nicht. Bis Ende August 2026 bot kein Bundesland das Programm an [19].
- **Lifestyle-Paragraf:** Paragraf 34 Absatz 1 SGB V schließt Medikamente zur Gewichtsregulation von der Erstattung aus [22, 23].
- **Selbstzahlermarkt:** Bei Jahrestherapiekosten von rund 4.000 Euro (Schätzung der AOK) entscheidet das Einkommen über den Zugang [24]. Menschen mit niedriger Bildung sind besonders häufig betroffen und haben zugleich die geringsten Chancen auf Behandlung. Das ist keine gleichberechtigte Teilhabe.

Was die Politik jetzt tun kann

1. Zuckersteuer: Prävention für die nächste Generation

- Die Koalition hat sich am 9. Oktober 2026 auf eine zweistufige Zuckersteuer ab Juli 2027 geeinigt (26 Cent pro Liter ab 5 Gramm und 32 Cent ab 7 Gramm Zucker pro 100 Milliliter) [Stand 13.10.2026, Kabinettsbeschluss am 14.10.2026 geplant, 25, 26].
- In England ging die Adipositas bei Mädchen der 6. Klasse nach Einführung einer vergleichbaren Herstellerabgabe relativ um 8 Prozent zurück (1,6 Prozentpunkte). Am stärksten profitierten sozial benachteiligte Regionen [27].
- DDG und DAG fordern ergänzend Beschränkungen für an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel und verbindliche Standards für Kita- und Schulverpflegung [19].

2. DMP Adipositas: vom Beschluss in die Praxis

- Der Gesetzgeber sollte eine verbindliche Frist für die Umsetzung des DMP festlegen.
- Menschen mit hohem Risiko brauchen verbindliche Wege zu spezialisierten Behandelnden, etwa zu Adiposiolog*innen DAG/DDG oder in Zentren mit dem DDG-Zertifizierungsmodul „Diabetes & Adipositas“ [19, 28]

3. Lifestyle-Paragraf: gezielte Ausnahme für Menschen mit hohem Risiko

- DDG und DAG fordern, die Erstattung bei Adipositas unter klar definierten Bedingungen neu zu bewerten [19]. Die Vorsitzende des G-BA schlägt vor, den G-BA mit der Festlegung von Patientengruppen, Behandlungsdauer und Begleitmaßnahmen zu beauftragen [24].
- Ein Vorbild gibt es bereits: Für die Tabakentwöhnung sieht Paragraf 34 Absatz 2 SGB V eine Ausnahme bei schwerer Ausprägung im Rahmen evidenzbasierter Programme vor [23].

Formulierungsvorschlag für einen neuen Paragrafen 34 Absatz 2a SGB V

„Abweichend von Absatz 1 Satz 7 und 8 haben Versicherte mit Adipositas und hohem gesundheitlichem Risiko Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln, die zur Behandlung der Adipositas zugelassen sind, wenn die Behandlung im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms nach Paragraf 137f oder einer leitliniengerechten multimodalen Therapie erfolgt. Ein hohes gesundheitliches Risiko liegt insbesondere vor, wenn eine adipositasassoziierte Folgeerkrankung besteht, für die ein patientenrelevanter Nutzen der Arzneimitteltherapie belegt ist, etwa eine manifeste Herz-Kreislauf-Erkrankung, eine Herzinsuffizienz, eine Fettleberentzündung mit Fibrose, eine obstruktive Schlafapnoe oder eine symptomatische Gonarthrose. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach Paragraf 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zu den anspruchsberechtigten Patientengruppen, zur Dauer der Behandlung, zu den begleitenden Maßnahmen sowie zu den Kriterien für die Fortführung und Beendigung der Therapie.“

Fazit

Adipositas wird heute über ihre Folgen diagnostiziert und mit dem Ziel des Organschutzes behandelt. Wirksame Medikamente, aktuelle Leitlinien und das DMP liegen vor. Jetzt muss die Politik die Weichen so stellen, dass der medizinische Bedarf über den Zugang zur Therapie entscheidet.

Interessenkonflikte: Susanne Reger-Tan berichtet Vortrags- und Beratungstätigkeit sowie Forschungsunterstützung von Abbott, Amgen, Apo Science, Applied Therapeutics, AstraZeneca, Bayer, Berlin-Chemie, Boehringer Ingelheim, Dexcom, Eli Lilly, Hoffmann-La Roche, Insulet, NeoplasMed, Novartis, Novo Nordisk, Sanofi Aventis, SinoCare.

Literatur

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series 894. Genf: WHO, 2000
2. Deutsches Ärzteblatt. Enttäuschung über „Light“-Version der Diabetesstrategie (Beschluss des Deutschen Bundestages vom 03.07.2020). https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114122/Enttaeuschung-ueber-Light-Version-der-Diabetesstrategie [abgerufen am 13.10.2026]
3. Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink GBM. Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit 2022. doi: 10.25646/10292
4. Schienkiewitz A et al. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monit 2018. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2

5. ÄrzteZeitung. 325.000 Jugendliche leiden unter extremer Adipositas (Bericht zum Vortrag von S. Wiegand, 114. Jahrestagung der DGKJ). 20.09.2018. https://www.aerztezeitung.de/Politik/325000-Jugendliche-leiden-unter-extremer-Adipositas-232226.html [abgerufen am 13.10.2026]
6. Busetto L, Dicker D, Frühbeck G et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. Nat Med 2024; 30(9): 2395–2399. doi: 10.1038/s41591-024-03095-3
7. Rubino F et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol 2025; 13(3): 221–262. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4. PMID: 39824205
8. Wilding JPH et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. N Engl J Med 2021; 384(11): 989–1002. doi: 10.1056/NEJMoa2032183
9. Jastreboff AM et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. N Engl J Med 2022; 387(3): 205–216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038
10. Lincoff AM et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. N Engl J Med 2023; 389(24):2221–2232. doi: 10.1056/NEJMoa2307563. PMID: 37952131
11. Packer M et al. Tirzepatide for heart failure with preserved ejection fraction and obesity. N Engl J Med 2025; 392(5): 427–437. doi: 10.1056/NEJMoa2410027
12. Sanyal AJ, Newsome PN, Kliers I et al. Phase 3 trial of semaglutide in metabolic dysfunction-associated steatohepatitis. N Engl J Med 2025; 392(21): 2089–2099. doi: 10.1056/NEJMoa2413258
13. Malhotra A et al. Tirzepatide for the treatment of obstructive sleep apnea and obesity. N Engl J Med 2024; 391(13): 1193–1205. doi: 10.1056/NEJMoa2404881
14. Bliddal H et al. Once-weekly semaglutide in persons with obesity and knee osteoarthritis. N Engl J Med 2024; 391(17): 1573–1583. doi: 10.1056/NEJMoa2403664
15. European Association for the Study of Obesity. EASO medication management algorithm for obesity: personalising obesity medication management, version 1.0. Nat Med 2025. doi: 10.1038/s41591-025-03765-w
16. Davies MJ, Aroda VR, Bajaj M et al. Management of type 2 diabetes, 2026. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia 2026. doi: 10.1007/s00125-026-06855-7
17. Jastreboff AM, Kaplan LM, Davies MJ et al. Retatrutide, a triple hormone receptor agonist, for treatment of obesity. N Engl J Med 2026 (online 29.09.2026). doi: 10.1056/NEJMoa2604169. PMID: 42814954
18. Petersen J et al. The evolving landscape of obesity pharmacotherapy. Nat Rev Drug Discov 2026; 25(8): 619–647. doi: 10.1038/s41573-026-01427-1
19. DDG, DAG. Pressemitteilung vom 28.08.2026: Medikamente in der Adipositas-Versorgung treffen auf Versorgungslücken. https://www.ddg.info/presse/2026/medikamente-in-der-adipositas-versorgung-treffen-auf-versorgungsluecken [abgerufen am 13.10.2026]
20. West S et al. Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis. BMJ 2026; 392: e085304. doi: 10.1136/bmj-2025-085304
21. Paschke LM, Klimke K, Below M. Trends in the prescribing of antidiabetic drugs: an analysis of nationwide drug prescribing and diagnostic data from the German statutory health insurance system. Dtsch Arztebl Int 2025; 122(24): 678–679. doi: 10.3238/arztebl.m2025.0153

22. Gemeinsamer Bundesausschuss. Regionale Verträge für ein DMP Adipositas ab sofort möglich. Pressemitteilung vom 01.07.2024. https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1196/ [abgerufen am 13.10.2026]
23. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__34.html [abgerufen am 13.10.2026]
24. t-online. Abnehmspritzen auf Kassenkosten? Linnemann vor seiner ersten heißen Entscheidung. 07.08.2026. https://www.t-online.de/finanzen/aktuelles/id_101377762/abnehmspritzen-zahlen-krankenkassen-bald-wegovy-und-mounjaro-.html [abgerufen am 13.10.2026]
25. Tagesspiegel. Freigrenze für Kleinproduzenten: Koalition einigt sich offenbar im Streit über Zuckersteuer. 09.10.2026. https://www.tagesspiegel.de/politik/freigrenze-fur-kleinproduzenten-koalition-einigt-sich-offenbar-im-streit-uber-zuckersteuer-16146954.html [abgerufen am 13.10.2026]
26. ad-hoc-news. Zuckersteuer ab 2027: 26 Cent je Liter ab fünf Gramm Zucker geplant. 13.10.2026. https://www.ad-hoc-news.de/wissenschaft/zuckersteuer-ab-2027-26-cent-je-liter-ab-fuenf-gramm-zucker-geplant/70309143 [abgerufen am 13.10.2026]
27. Rogers NT et al. Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: an interrupted time series analysis of surveillance data. PLoS Med 2023; 20(1): e1004160. doi: 10.1371/journal.pmed.1004160. PMID: 36701272
28. DDG. Zusatzkompetenz Diabetes & Adipositas (Zertifizierungsmodul für Diabeteszentren DDG), Kriterienkatalog, Stand 29.07.2024. https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/05_Behandlung/02_Zertifizierung/1_Diabetes_Exzellenzzentrum/Kriterienkatalog_Modul_Adipositas.pdf [abgerufen am 13.10.2026]

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Bielefeld, November 2026

Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Dienstag, 3. November 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

S T A T E M E N T

Diabetes ist nicht immer gleich: wie hormonelle Lebensphasen die Therapie von Frauen beeinflussen

Dr. Martina Rothenbühler, Scientific Program Manager am Diabetes Center Berne

Kernbotschaft
Der Insulinbedarf von Frauen mit Typ-1-Diabetes ist nicht konstant, sondern folgt hormonellen Rhythmen, vom Menstruationszyklus über Schwangerschaft bis zur Menopause. Unsere Real-World-Daten zeigen, dass diese Schwankungen auch unter modernen AID-Systemen messbar bleiben (Hossmann et al., Diabetes Care 2026).

1. Wie beeinflusst der Menstruationszyklus Glukosestoffwechsel und Insulinsensitivität?
In der Lutealphase (zweite Zyklushälfte) sinkt die Insulinsensitivität; in der frühen Follikelphase steigt sie wieder an. Clamp-Studien belegen diesen Effekt direkt (Diaz C et al. 2022).

Unsere Studie mit 77 Frauen mit AID-System, mit insgesamt 380 Zyklen, dezentral erhobene Real-World-Daten (CGM, Insulin, Kohlenhydrate, Zyklus) (Hossmann et al., Diabetes Care 2026):

- Gesamttagesinsulin (TDD) und Kohlenhydrataufnahme erreichen ihr Maximum in der Mitte der Lutealphase.
- gleichzeitig höhere mittlere Glukose und weniger Time in Range
- modellierte Insulinsensitivität (Modell berücksichtigt CGM, Insulin und Kohlenhydrate): +2,6 Prozent in der frühen Follikelphase versus –2,6 Prozent in der mittleren Lutealphase
- 84,7 Prozent der Frauen folgen diesem Muster, aber mit großer interindividueller Heterogenität.
- Weitere aktuelle AID-Kohorten (MiniMed 780G, Erwachsene und Jugendliche) bestätigen den Mehrbedarf an Insulin in der Lutealphase (Monroy 2025, López 2026, Rama Chandran 2026, Struckmeyer 2026).

2. Welche Herausforderungen entstehen im Alltag?

- Wiederkehrende, scheinbar »unerklärliche« Hyperglykämien vor der Menstruation und Hypoglykämierisiko am Zyklusanfang, wenn der Bedarf rasch wieder sinkt. Frauen berichten von Schwankungen des Insulinbedarfs um bis zu 50 Prozent.
- Einstellungen (Basalrate, Kohlenhydratfaktor, Korrekturfaktor) werden auf einen »Durchschnittsmonat« kalibriert und passen deshalb nur in einem Teil des Zyklus.
- In unseren Tidepool-Daten passen 43 Prozent der AID-Nutzerinnen regelmäßig manuell an: »Fake Carbs«, ausgelassene Boli, Boost-/Ease-off-Funktionen, geänderte Faktoren oder Basalraten.
- Das wirkt, kostet aber: Frauen mit manuellen Anpassungen hatten in vorläufigen Analysen rund 5 Prozentpunkte mehr Time in Range (TiR). Gute Werte werden mit zusätzlicher Entscheidungslast erkauft, potenziell während der Hälfte jedes Zyklus, hochgerechnet rund 5 000 Tage im Leben einer Frau. Die Last ist nicht nur zeitlich: In unseren Fokusgruppen (DESTINY, n =

37) bewerteten über 64 Prozent die zyklusbedingten Anpassungen als hohe bis sehr hohe mentale Belastung, verbunden mit Erschöpfung und Frustration (Barth et al., in Vorbereitung).

- Zyklusbedingte Veränderungen von Appetit, Schlaf und Bewegung überlagern den Hormoneffekt; die psychosoziale Belastung entlang reproduktiver Lebensphasen ist unterschätzt (Forde et al. 2026).

3. Wie gut berücksichtigen AID-Systeme hormonelle Schwankungen heute?

- AID-Systeme fangen einen Teil der Schwankungen ab: Sie erhöhen die Insulinabgabe in der Lutealphase automatisch und verbessern TiR in allen Zyklusphasen gegenüber konventioneller Pumpentherapie (Mesa 2024, Elhenawy 2024, Levy 2022).
- Sie reagieren aber reaktiv: Der Algorithmus erkennt steigende Werte erst, wenn sie da sind, und adaptive Systeme lernen über Tage bis Wochen, also langsamer als die Wechsel in den Reproduktionshormonen. Kein zugelassenes System nutzt heute Zyklusdaten oder den Reproduktionsstatus.
- Ergebnis: Trotz AID bleiben höhere Glukose und weniger TiR in der Lutealphase messbar (Hossmann et al. 2026).
- Manuelle Anpassungen bleiben notwendig: 95 Prozent der Fokusgruppen-Teilnehmerinnen passen ihr AID-System zyklusbedingt an, im Mittel mit 2,9 verschiedenen Strategien; am häufigsten »Fake Carbs« und geänderte Glukose-Zielwerte. Sieben AID-Systeme bieten zusammen 144 mögliche Anpassungen (20 systemunabhängige Strategien) (Barth, Caduff et al., in Vorbereitung).
- Wenn diese Anpassungen notwendig sind, jedoch nicht als das gekennzeichnet werden dürfen, dann lernt der AID-Algorithmus auf »falschen« Daten.

4. Warum muss Diabetestechnologie geschlechtsspezifische Unterschiede stärker einbeziehen?

- Algorithmen werden mit gemischten Stichproben entwickelt und bewertet; Zyklusphase, Kontrazeption oder Menopausenstatus werden in Zulassungsstudien kaum erfasst oder stratifiziert.
- Frauen mit Typ-1-Diabetes erreichen seltener glykämische Zielwerte und tragen ein höheres kardiovaskuläres Risiko (Thijs et al. 2026).
- Dass phasenspezifische Technologie wirkt, zeigt die Schwangerschaft: Ein AID-System mit schwangerschaftsspezifischen Zielwerten verbesserte die Time in Range signifikant (AiDAPT, Lee et al., NEJM 2023).
- Wer Physiologie ignoriert, verschiebt die Anpassungsarbeit auf die Patientin. Diese Arbeit erscheint in keinem Gerätereport; Workarounds führen zu Misstrauen gegenüber dem AID und zu Selbstvorwürfen, und 55 Prozent besprechen das Thema nie mit ihrem Behandlungsteam. AID-Systeme sollten daher nicht nur an Glukosewerten, sondern auch an der verbleibenden Entscheidungslast gemessen werden (Barth et al., in Vorbereitung).

5. Was braucht es für eine individuellere Behandlung?

- Besserer Zugang zu Daten: Es gibt sehr viele AID-Daten, der Zugang ist aber nicht immer einfach.

- Weitere klinische Studien: Die aktuelle TIMES-Studie (NCT06282055) begleitet 350 Frauen (18 bis 40 Jahre, AID-Nutzung) in der Schweiz, Deutschland, Dänemark, Großbritannien und den USA dezentral über bis zu sechs Zyklen.
- Ovulation per Test bestätigt (ohne hormonelle Kontrazeption), Zyklus-App, Smartwatch (Hauttemperatur, HRV, Schlaf), regelmäßiges Ernährungstagebuch, regelmäßiges Erfassen von manuellen Anpassungen
- Ziel: typische Verlaufsmuster (»Cluster«) der Insulinsensitivität identifizieren, den Nutzen manueller Strategien quantifizieren und Prädiktoren finden (zum Beispiel PMS, Alter)
- Zyklusbewusste Technologie: Zyklusdaten als Input für AID-Algorithmen, ein Korrekturfaktor für hormonell bedingte Sensitivitätsänderungen und vorausschauende statt nur reaktive Anpassung
- Es braucht zwei Schritte: Clusters/Stratifizierung und danach Personalisierung. Bereits Clusters können hilfreich sein und Hinweise geben. Personalisierung statt Pauschalregel: Die Heterogenität verlangt individuelle Muster; nicht jede Frau braucht prämenstruell mehr Insulin. Cluster können die Basis für phasen- und typgerechte Empfehlungen bilden.
- Leitlinien und Schulung: Zyklus, Kontrazeption und Menopause gehören in Leitlinien, Schulungsprogramme und die Routinekonsultation.
- Den Gender Data Gap schließen: geschlechtsspezifische Auswertungen als Standard in Zulassungs- und PMCF-Studien, idealerweise zusätzlich stratifiziert nach Reproduktionsstatus (prä-, peri- und postmenopausal).

Referenzen/weiterführende Literatur:

- Hossmann S, Friedman M, … Rothenbühler M. Effects of Menstrual Cycle on Insulin Sensitivity in Type 1 Diabetes: An Observational Study of Individuals Using an AID System. Diabetes Care 2026;49(9):1673-1680. doi:10.2337/dc26-0692
- TIMES: Trajectories in Insulin Sensitivity Across Menstrual Cycles in Women With T1D. DCB Research AG. NCT06282055
- DESTINY: Diabetes management among women using an AID system: a qualitative study. DCB Research AG. NCT07696780
- Barth CM, Caduff M, … Rothenbühler M. Manual adjustments to AID systems across the menstrual cycle: a mixed-methods study (Arbeitstitel). Manuskript in Vorbereitung.
- Barth CM, Hossmann S, Burlando L, … Rothenbühler M. Burden of adapting to menstrual cycle-induced changes in insulin needs despite use of AID system. Manuskript in Vorbereitung.
- Gamarra E et al. Menstrual Cycle, Glucose Control and Insulin Sensitivity in T1D: A Systematic Review. J Pers Med 2023;13(2):374. doi:10.3390/jpm13020374
- Diaz C JL et al. Insulin Replacement Across the Menstrual Cycle in Women with T1D: An In Silico Assessment of the Need for Ad Hoc Technology. Diabetes Technol Ther 2022;24(11)832-841. doi:10.1089/dia.2022.0154
- Mewes D et al. Variability of Glycemic Outcomes and Insulin Requirements Throughout the Menstrual Cycle (open-source AID, qualitativ). J Diabetes Sci Technol 2023;17(5):1304-1316. doi:10.1177/19322968221080199
- Levy CJ et al. Insulin Delivery and Glucose Variability Throughout the Menstrual Cycle on Closed Loop Control. Diabetes Technol Ther 2022; 24(5):357-36. doi:10.1089/dia.2021.0431

- Mesa A et al. Impact of an AHCL System on Glycemic Control Throughout the Menstrual Cycle in Women with Type 1 Diabetes Prone to Hypoglycemia. Diabetes Technol Ther 2024;26(9):667-672. doi:10.1089/dia.2023.0571
- Monroy G et al. Glycemic Control Across the Menstrual Cycle in Women with Type 1 Diabetes Using the MiniMed 780G Advanced Hybrid Closed-Loop System: The 780MENS Prospective Study. Diabetes Technol Ther 2025;27(5):395-401. doi:10.1089/dia.2024.0522
- López TR et al. Glycemic Control During the Menstrual Cycle in Women with T1D: Performance of an AID System. Diabetes Obes Metab 2026; 28(6):4884-4889. doi:10.1111/dom.70673
- Rama Chandran S et al. Menstrual Cycle Phases, Carbohydrate Intake, Insulin Delivery and Glycaemia with MiniMed 780G. Diabetes Obes Metab 2026;28(11):10173-10182. doi:10.1111/dom.71234
- Struckmeyer N et al. Menstrual Cycle-Related Variations During AID in Adolescents with T1D. J Pediatr Endocrinol Metab 2026;39(10):990-999. doi:10.1515/jpem-2026-0309
- Lee T et al. Automated Insulin Delivery in Women with Pregnancy Complicated by T1D (AiDAPT). N Engl J Med 2023;389(17):1566-1578. doi:10.1056/NEJMoa2303911
- Thijs I et al. Challenges in Glycaemic Control Among Women with T1D. Diabetes Obes Metab 2026;28 suppl 1:35-48. doi:10.1111/dom.70377
- Forde R et al. Women Living with Diabetes: Overlooked and unter-recognised. The Psychosocial Impact. Diabet Med 2026;43(9):e70389. doi:10.1111/dme.70389

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Bern, November 2026

Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
20. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Dienstag, 3. November 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

S T A T E M E N T

Diabetesfolgen früher erkennen: wie moderne Diagnostik Organe schützen kann
Professor Dr. med. Thomas Ebert, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Niere der DDG, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Leipzig

Folgeschäden des Diabetes entstehen oft über Jahre ohne Beschwerden. Sobald mikrovaskuläre Komplikationen auftreten, steigen Morbidität und Mortalität erheblich und die Lebensqualität sinkt deutlich.[1] Moderne Diagnostik macht diese Schäden früh sichtbar: mit der Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin (UACR), strukturiertem Screening von Auge, Nerven und Gefäßen sowie geprüften KI-Verfahren.

UACR: ein einfacher Urinwert mit großer Aussagekraft
Die UACR ist der früheste Indikator einer diabetischen Nierenerkrankung (CKD), oft lange bevor die Nierenfunktion sinkt.[1] Sie zeigt aber weit mehr: Schon bei 10 mg/g, also unterhalb der klassischen Grenze von 30 mg/g, ist das Sterberisiko um etwa 20 Prozent erhöht, bei 300 mg/g mehr als verdoppelt.[2] Bei Typ-2-Diabetes geht jede Verzehnfachung der UACR mit einem etwa 2,5-fach höheren Risiko für schwere Herz-Kreislauf-Ereignisse einher.[3] Wie zentral der Wert ist, zeigt auch die FINE-ONE-Studie bei Typ-1-Diabetes und CKD: Finerenon senkte die UACR nach 6 Monaten um 25 Prozent gegenüber Placebo[1 4] und die amerikanischen Zulassungsbehörden akzeptierten die UACR als sogenannten „Brücken-Biomarker".

Warum ist die mikrovaskuläre Trias so relevant?
Niere, Netzhaut und Nerven werden durch ähnliche Mechanismen geschädigt[1] und sind sehr häufig. Das Lebenszeitrisiko für eine diabetische Nierenerkrankung lag bei Typ-1-Diabetes lange bei 35 bis 45 Prozent, bevor die ersten nephroprotektiven Medikamente eingeführt wurden. Retinopathie und Makulopathie gehören zu den Hauptursachen für Erblindung im Erwachsenenalter. Zudem ist rund die Hälfte der Menschen mit Diabetes von einer Neuropathie betroffen, dem Wegbereiter für Fußulzera und Amputationen.[1] Wer an einem dieser Organe Schäden zeigt, hat auch an den anderen Organen sowie an Herz und Gefäßen ein erhöhtes Risiko betroffen zu sein.

Wie lassen sich Organschäden früher erkennen und bremsen?
Basisuntersuchungen ermöglichen ein einfaches Screening auf Diabetes-Komplikationen: mindestens 1 Mal jährlich UACR und eGFR, regelmäßige Untersuchung des Augenhintergrunds, jährliche Fußuntersuchung mit Monofilament und Stimmgabel. Zum Gefäßscreening auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) gehören Pulstastung und Knöchel-Arm-Index, da eine Neuropathie typische Beschwerden verdecken kann. Bei früher Diagnose ist eine Progressionshemmung bei verschiedenen Komplikationen möglich: neben Glukose-, Blutdruck- und Lipidtherapie unter anderem mit RAS-Blockade, SGLT2-Hemmern, Finerenon und GLP-1-Rezeptoragonisten, bei früher Retinopathie künftig möglicherweise auch mit Fenofibrat.[1]

Welche Rolle spielen Screening und standardisierte Laboralgorithmen?
Das große Problem an Früherkennung ist oftmals nicht der Test selbst, sondern die praktische Umsetzung. Feste Intervalle nach den DDG-Praxisempfehlungen, die gemeinsame Anforderung von eGFR und UACR, die automatische Einordnung in die KDIGO-Risikomatrix im Befund, eine automatisierte Berechnung des Herz-Kreislauf-Risikos mittels SCORE2-Diabetes und Erinnerungsfunktionen in der Praxissoftware können beispielsweise aus Laborwerten eine Handlungsempfehlung implizieren.

Wo kann Künstliche Intelligenz (KI) die Früherkennung sinnvoll unterstützen?
Am weitesten ist hier das Retinopathiescreening: Autonome KI-Systeme werten Netzhautfotos aus der ambulanten Versorgung in Minuten aus und erkannten in Zulassungsstudien eine behandlungsbedürftige Retinopathie mit einer Sensitivität von rund 87 Prozent und einer Spezifität von rund 91 Prozent.[5] Dies kann den Zugang zu Screening erleichtern und potenziell Fachpraxen entlasten. KI ersetzt aber nicht die ärztliche Beurteilung und braucht Qualitätssicherung und klare Verantwortlichkeiten. Zudem können aufgrund von technischen und anatomischen Gegebenheiten nicht alle Menschen mit automatisierten Augenuntersuchungen diagnostiziert werden.

Was braucht es, damit moderne Diagnostik in der Versorgung ankommt?
Die UACR muss fester Bestandteil jeder jährlichen Diabeteskontrolle werden. Dazu kommen eine Vergütung für Screening und geprüfte KI-Verfahren, eine digitale Infrastruktur wie die elektronische Patientenakte, in der Befunde aus Labor, Augenheilkunde und Fußambulanz zusammenlaufen, Fortbildung im gesamten Diabetesteam und eine verständliche Aufklärung der Patientinnen und Patienten. Wissenschaftlich begleitet lässt sich so messen, ob frühere Diagnostik tatsächlich Dialyse, Erblindung, Amputationen und kardiovaskuläre Todesfälle verhindert.

Quellen:
[1] Schmidt AS, Ebert T. CardioVasc 2026;26(3):61–65.
[2] Matsushita K et al. Lancet 2010;375:2073–2081.
[3] Ninomiya T et al. J Am Soc Nephrol 2009;20:1813–1821.
[4] Heerspink HJL et al. N Engl J Med 2026;394:947–957.
[5] Abràmoff MD et al. NPJ Digit Med 2018;1:39.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Leipzig, November 2026

FACTSHEET
Diabetes in Deutschland
Zahlen, Folgen und Handlungsbedarf

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Stand: 30.10.2026

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

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