



F.A.Z. Konferenz Gesundheit & Ernährung

Professor Peter Schwarz erklärt in seiner Keynote, warum Prävention und Ernährung neu gedacht werden müssen.

© F.A.Z.-Business Media/Natalie Fäber

Wenn die Diagnose bis zu 15 Jahre zu spät kommt

Prävention wird im Gesundheitssystem vernachlässigt. Auf der F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung, die am 4. März an der Frankfurter Goethe-Universität stattfand, diskutierten Experten aus Medizin, Wissenschaft und Politik, warum dies durch neue Strukturen geändert werden muss. *Bericht von Tonia Schöler*

Die Daten zeigen es deutlich: „Wir kommen vierzig Jahre zu spät“, sagt Peter Schwarz, Speaker bei der F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung. Er ist Präsident der International Diabetes Federation und Professor für Prävention und Versorgung des Diabetes an der Technischen Universität Dresden. Viele Krankheiten werden erst diagnostiziert und behandelt, wenn sie klare Symptome zeigen oder schon schwere Verläufe genommen haben. Dabei lassen sich die meisten früh erkennen und präventiv behandeln.

Schwarz zeigt in seinem Vortrag zum Thema Diabetes mithilfe einer Grafik, wann der Krankheitsverlauf beginnt und wann im Schnitt die Diagnose gestellt wird. „Wir Ärzte sind brillant darin, Diabetes zu behandeln.“ Doch dies geschehe erst nach einer Diagnose, die meist neun bis 15 Jahre nachdem der Diabetes angefangen hat, erfolge. Beziehungsweise insgesamt 30 bis 40 Jahre, nachdem die Pathophysiologie für die Krankheit begonnen habe. Pathophysiologie untersucht, wie normale Körperfunktionen sich krankhaft verändern und erklärt, wie Ursachen, wie beispielsweise Genmutationen, zu Symptomen und zum Verlauf einer Krankheit führen. Also wie und warum eine Krankheit entsteht und wie sie verläuft. Wie gelingt die Früherkennung besser? Eine Frage, die viele Redner auf der F.A.Z. Konferenz beschäftigt.

Wissensdefizite auch unter Betroffenen

Eins ist auf der Konferenz ganz klar herauszuhören: Es braucht mehr Prävention und Wissensvermittlung. Hier hakt es jedoch an einigen Stellen erheblich. Unter den Sprechern befinden sich auch Experten, die selbst von chronischen Krankheiten betroffen sind. Diese beklagen, dass sie sich trotz eigener Betroffenheit nicht ausreichend informiert fühlen, insbesondere durch verantwortliche Stellen wie Arztpraxen und Krankenkassen. Kathi Korn ist Health-Influencerin, die in Social Media über Diabetes und Gesundheitsthemen postet, und selbst mit Typ-1-Diabetes lebt. Obwohl sie selbst Diabetes hat,

musste sie erst später durch Gesundheitskonferenzen erfahren, dass Diabetes nicht immer an Symptomen früh erkennbar ist. Selbst ihr Diabetologe konnte sie darüber nicht vollständig aufklären. Auch für Betroffene, die an Adipositas – also chronischem Übergewicht – erkrankt sind, bestehen erste Behandlungsmöglichkeiten bereits ab zwölf Jahren. Hier gibt es aber zu wenige Aufklärungsmöglichkeiten, sagt Jörg Bojunga, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Diabetologie und Endokrinologie am Universitätsklinikum Frankfurt.

Die Aufklärungsstrukturen, wie beispielsweise die richtige ärztliche Beratung oder Aufklärungskampagnen, benötigen demnach einige Verbesserungen und müssen weiter ausgebaut werden, um Betroffene in ihrer jeweiligen Lebensrealität und ihrem individuellen Krankheitsstadium abzuholen. Doch damit hört es nicht auf.

Gute Lebensweise vs. gutes Marketing

„Täglich 10.000 Schritte, ab dem 25. Lebensjahr, verhindern nahezu jede chronische Erkrankung.“ Damit bestätigt Peter Schwarz den weitverbreiteten Gesundheitstrend, bei dem Menschen vermehrt auf ausreichend Schritte pro Tag achten und diese mit Fitnesstrackern aufzeichnen. Doch lässt sich das nicht immer so einfach umsetzen. „2.700 Schritte ist das, was der durchschnittliche Deutsche pro Tag läuft. Wir sind eine faule Spezies“, sagt Schwarz. Für diese Bewegung bräuchten wir durchschnittlich etwa 24 Minuten am Tag. Das ist nicht viel. Wenn es schon nicht so einfach ist, täglich ausreichend Bewegung zu bekommen, kann auch eine gesunde Ernährung das Risiko von chronischen Krankheiten reduzieren. Schwarz zeigt anhand einiger Daten auf, weshalb das manchmal schwerer sein kann als gedacht. Der Orangensaft: enthält Vitamine und gilt allgemein als gesund. Doch die Ergebnisse der EPIC-InterAct-Studie zeigen, dass er bei täglichem Verzehr das Diabetesrisiko um 40 Prozent pro Jahr erhöht. EPIC-InterAct ist die weltweit größte Studie zu neu aufgetretenem Typ-2-Diabetes und umfasst insgesamt vier Millionen Personennjahre an Nachbeobachtungszeit. Eine Cola liegt mit 39 Prozent sogar noch knapp hinter dem Orangensaft. Umso schockierender: Die Cola Zero, also grundsätzlich ohne Zucker, liegt bei ganzen 60 Prozent. Wie kann es sein, dass die Cola, in der Zucker drin ist, gesünder ist als die ohne Zucker? Schwarz erklärt: Durch die Zuckerersatzstoffe werde unser Mikrobiom – also die Bakterien im Darm – verändert. So wirke sich der tägliche Konsum von Cola Zero schwerer auf den Darm aus als die Einnahme von Antibiotika. Außerdem seien die Zuckerersatzstoffe in Getränken wie Cola

Light chemische Verbindungen, die der Körper nicht aufspalten könne. Dadurch werden die Fette in der Leber gespeichert und der Stoffwechsel reagiere nicht mehr so effektiv auf körperliche Aktivität. Das gleiche gelte auch für frittiertes Essen. Aufgrund der hohen Temperaturen beim Frittieren werde die Fettstruktur so verändert, dass das Fett direkt in der Leber gespeichert werde. Dies führe zu Leberverfettung, mache den Menschen krank und erhöhe etwa das Diabetesrisiko, erklärt Schwarz.



„Wir brauchen einen Paradigmenwechsel von reinem Chronic Care Management hin zu einer frühzeitigen präventionsorientierten Intervention.“

Peter Schwarz

Doch wie kann man solche Wissenslücken schließen, wenn die aktuelle Struktur des Gesundheitssystems das nicht ermöglicht? Die Experten aus Wissenschaft und Medi-

zin, aber auch die Betroffenen, die ihre Erfahrungen mit den Anwesenden teilen, weisen auf viele Probleme und vor allem Lücken im System hin. Um diese zu schließen, sehen sie die Politik in der Verantwortung.

Die politischen Rahmenbedingungen

Martin Hummrich leitet die Abteilung Industrie und Innovation, mit Fachgebieten wie Gesundheitswirtschaft und Biotechnologie, beim Wirtschaftsministerium Rheinland-Pfalz. An der Schnittstelle zur Politik ergänzt er die Konferenz um eine wirtschaftspolitische Perspektive. Er beginnt die letzte Gesprächsrunde des Tages mit zwei bekannten Zitaten: „Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, gibt Hummrich die Worte des deutschen Philosophen Arthur Schopenhauer wieder und setzt diese in Zusammenhang mit der Aussage des deutschen Politikers und Wirtschaftswissenschaftlers Ludwig Erhard: „Wirtschaft ist nicht alles, aber ohne Wirtschaft ist alles nichts.“

Das zeige, so der Politiker, dass ein untrennbarer Zusammenhang zwischen Wirtschaft, Gesundheit und guter Versorgung bestehe. Weshalb unbedingt eine hochinnovative und leistungsstarke Wirtschaft notwendig sei. Deutschland sei immer noch weltweit an der Spitze, sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch in der For-

schung. „Wir sind aber nicht gut darin, die PS auf die Straße zu bekommen“, beklagt Hummrich und verweist darauf, dass Deutschland aufgrund von Bürokratie häufig von anderen Ländern, wie den USA, überholt werde. Auch in der Zulassung von Medikamenten. Eine Thematik, die auf der Konferenz oft Anklang findet. Deshalb bekundet Hummrich, dass sein Interesse vielmehr auf die Forschung und Entwicklung von Medikamenten gerichtet sei und es ihm darum gehe, dass diese auch möglichst in Deutschland entwickelt würden.

Unabhängig von der effizienten Entwicklung neuer Medikamente hält Hummrich „in einer Demokratie von mündigen Bürgerinnen und Bürgern Eigenverantwortung für ein hohes Gut“. Insbesondere vor dem Hintergrund der starken Bürokratie

folgreicher Staat zunehmend „festgefrorene“ Interessen, die es erschwerten, Innovation zu schaffen, und härtere Verteilungskämpfe zwischen Früherkennung und Nachsorge hervorbrächten.

Da Deutschland aus einer langen Wohlstandsperiode komme, in der scheinbar alles von allein lief und Thematiken wie bessere Präventionsstandards keine Priorität gewesen seien, stecke das Land nun in einer Regulatorik fest, die der Aufrechterhaltung dieses Wohlstands diene. Daran sei die Problematik entstanden, dass Änderungen in der Verteilung, wie zwischen Prävention und Versorgung, politisch so schwierig umzusetzen seien. Dies sei eine große Herausforderung, für die Hummrich aktuell keine konkrete Lösung nennen könne.



Martin Hummrich bringt die wirtschaftspolitische Perspektive mit ein.

regt dies zum Nachdenken an. Und hier holt Hummrich weit aus: Was die strukturellen Gegebenheiten und deren notwendige Änderung betrifft, verweist er auf die Theorie des gelähmten Staates. Der amerikanische Wirtschaftswissenschaftler Mancur Olson hat dessen Merkmale in seinem Buch „Aufstieg und Niedergang von Nationen“ beschrieben. Olson argumentiert, dass lang anhaltende politische Stabilität paradoxerweise wirtschaftliche Dynamik schwächen kann. Demnach habe ein politisch stabiler und wirtschaftlich er-

Auch wenn er bei Gesundheitsthemen nicht vom Fach sei, könne er den Gedanken der finanziellen Umverteilung jedoch nachvollziehen. In allen Lebensbereichen sei Prävention viel günstiger, als hinterher eine Schadensbehebung vorzunehmen. Besonders im Gesundheitswesen sei es sinnvoll, weitere verfügbare Mittel in den Präventionsbereich zu verlagern als bisher. Dies sei ein effizienter Mitteleinsatz, mit dem viel Leid verhindert werden könne. Klar sei nur, Deutschland müsse sich in der Versorgung neu ausrichten.

IMPRESSUM

F.A.Z. Konferenz Ernährung & Gesundheit
Anzeigenonderveröffentlichung der F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH – Ein Unternehmen der F.A.Z.-Gruppe

Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt
Dominik Heyer, Geschäftsführer, F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH, Frankfurt am Main
Hannes Ludwig, Geschäftsführer, F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH, Frankfurt am Main

Redaktionelle Umsetzung
Tonia Schöler, F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH, Frankfurt am Main
Katharina Kleint, F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH, Frankfurt am Main

Umsetzung Layout
F.A.Z. BUSINESS MEDIA GmbH, Pariser Straße 1, 60486 Frankfurt am Main

Gürtelrose im Kontext chronischer Erkrankungen

Insbesondere im höheren Lebensalter ist die Gürtelroseinfektion keine Seltenheit. Umso wichtiger ist die richtige Aufklärung. *Bericht von Tonia Schöler*



Diabetologe Baptist Gallwitz ordnet die Bedeutung von Impfprävention im Kontext chronischer Erkrankungen ein.

„Unser Immunsystem hat einen Alterungsprozess“, sagt Professor Baptist Gallwitz, Diabetologe und Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Da mit dem Alter die Immunkompetenz verloren gehe, sei es Windpockenkeimen, die im Kindesalter aufgenommen

wurden, möglich, aus Reservoirs in den Nervenzellen, die die Haut versorgen, wieder vermehrt auszubrechen. Daraus ergäbe sich dann das klinische Bild der Gürtelrose.

Unter dem Motto „Gürtelrose im Blick“ beleuchtet er die Bedeutung von Infektionskrankheiten im höheren Lebensalter sowie bei chronisch Erkrankten. Die Infektion könne einen gefährlichen Verlauf nehmen, da die damit einhergehenden Schmerzen und der Hautausschlag stark ausgeprägt seien und eine Eintrittspforte für Hautkeime bilden. Im schlimmsten Fall könne es zu einer Sepsis kommen. Auch Erblindung sei möglich, wenn der Ausschlag sich am Auge befände. Nicht selten seien ebenfalls chronische und schmerzhaft

Nervenentzündungen, die nur schwer mit Medikamenten behandelt werden können. „Es ist mit sehr viel individuellem Leid verbunden“, sagt Gallwitz. Jeder dritte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an Gürtelrose, trotzdem gibt es noch viel Unwissen über diese Erkrankung. Dies muss sich laut Professor Gallwitz ändern. Insbesondere Personen mit chronischen Vorerkrankungen sollten darüber informiert werden, dass sie nun bereits früheren Zugang zu der Gürtelrose-Impfung haben. Die ständige Impfkommission hat im November entschieden, dass der Zugang für chronisch Erkrankte inzwischen bereits ab 18 Jahren zugänglich ist. Für die restliche Bevölkerung wird die Impfung ab 60 Jahren von der Krankenkasse übernommen.

„Weg von der Reparaturmedizin, hin zur Prävention und individuellen Fürsorge.“

Baptist Gallwitz

Eine Impfung ist auch aufgrund eines anderen Aspekts sinnvoll, so der Professor. Die Ergebnisse einer amerikanischen Studie deuten stark darauf hin, dass die Impfung gegen Gürtelrose – insbesondere mit dem Totimpfstoff Shingrix – das Risiko von Demenz und schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Ereignissen, wie Schlaganfälle, deutlich senken kann. Das erklärt Experte Gallwitz damit, dass Gürtelrose eine chronische Entzündung im Körper ist, die auch die Gefäße in Mitleidenschaft zieht. Wenn eine Impfung den Ausbruch der Infektion verhindert, habe man auch bezüglich dieser Risiken gewonnen. Die Befunde klingen vielversprechend, beruhen jedoch auf retrospektiven Studien und würden damit noch keinen kausalen Beweis liefern.

Dem stillen Risiko keine Chance geben

Die Früherkennung von Hypertonie und chronischen Nierenerkrankungen muss besser werden. Strukturelle Fehlanreize stehen dem entgegen. *Bericht von Tonia Schöler*

Die ersten Anzeichen scheinen harmlos: „Hypertonie wirkt wie ein natürliches Aufputschmittel“, erklärt Professor Markus van der Giet, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie an der Berliner Charité, auf der F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung. Vor diesem Hintergrund würden Betroffene oft ganz überraschend von der Diagnose „Bluthochdruck“ getroffen. Bei den meisten Betroffenen bleibe die Erkrankung

len Risiko keine Chance zu geben. „Wir müssen ein langweiliges Leben führen“, ist van der Giet humorvolle Resolution.

Prävention und Früherkennung seien hier die zentralen Stichworte. Nicht nur Bluthochdruck, sondern auch chronische Nierenerkrankungen verlaufen oft lange unbemerkt – mit erheblichen Folgen. Diese stehen vor allem in Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, wie Diabetes oder Autoimmunerkrankungen. Daher sollten



Markus van der Giet und Jan Galle (v.l.n.r.) sprechen über stille Risiken von Diabetes.

sogar gänzlich unerkannt, bis schwere Folgen wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle eintreten würden.

„Über 60 Prozent der Menschen haben Bluthochdruck“, so der Experte für Hypertonie. Die Schäden, wie Herzinfarkt, Schlaganfall und eingeschränkte Nierenfunktionen, seien irreversibel und es sei eine lebenslange Therapie erforderlich, um damit weiterzuleben. Das Dilemma: „Patienten sind schwer von Präventionsmaßnahmen zu überzeugen, wenn sie Endkrankheiten wie Herzinfarkte oder Schlaganfall noch nicht hatten“, sagt van der Giet. Dabei könne jeder einzelne mit einem gesunden Lebensstil den Risiken sehr gut vorbeugen. Gewichtsreduktion, weniger Salz sowie der Verzicht auf Alkohol und Rauchen seien bekannte und wichtige Maßnahmen. Doch ein viel größerer Risikofaktor sei tatsächlich Stress. Diesen gelte es abzubauen, um Bluthochdruck vorzubeugen und dem stil-

besonders in Zusammenhang mit anderen Erkrankungen frühzeitige Kontrollen durchgeführt werden, bevor dies sprichwörtlich „an die Nieren gehen“.

Jan Galle, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und führender Experte für Nierenerkrankungen, spricht hier vor allem Probleme in der medizinischen Versorgung an. Denn neben der eigenen Initiative, sich gesund zu halten, seien Check-ups beim Hausarzt wichtig. Mit einem UACR-Test (Urin-Albumin-Kreatinin-Quotient) werde der Kreatininwert ermittelt. Damit könnten Frühwarnzeichen erkannt und rechtzeitig in den Krankheitsverlauf eingegriffen werden. Der Test könne spontan mit einer Urinprobe durchgeführt werden. Galle kritisiert jedoch, dass die Tests zu selten durchgeführt würden, weil das Wissen über eingeschränkte

Nierenfunktionen erst langsam Eingang in die hausärztliche Praxis finde, obwohl sich die Kosten für die Laboruntersuchung der Probe auf sehr kleine Beträge beliefen. Als Grund für diesen Umstand sieht er strukturelle Fehlanreize. So erhielten Ärzte bei der Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen einen Wirtschaftlichkeitsbonus, wenn sie mit den Kosten einen festgelegten Grenzwert unterschreiten. Es werde also entgeltlich belohnt, wenn die Laborkosten je Patient so gering wie möglich gehalten würden. Das zeige auch die Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung.

Dieser Wirtschaftlichkeitsbonus ist Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für das Vergütungs- beziehungsweise Honorarsystem der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Wenn man sich erst einmal an einen solchen Bonus gewöhnt hätte, so wolle man den auch beibehalten, sagt Galle. So sagen viele Hausärzte, dies sei ein Hemmschuh, die UACR breit anzuwenden, weil dann das Laborbudget überschritten würde und auch der Bonus nicht mehr ausgezahlt werden könnte. Dabei müsse es laut Jan Galle doch Ziel sein, Menschen gesund zu halten, statt zu warten, bis sie erkrankt seien.

Vom reaktiven zum vorausschauenden Gesundheitssystem: Wie digitale Technologie die Diabetesversorgung transformiert

Wolfgang Tröbs, Divisional Vice President von Abbott Diabetes Care DACH, spricht über die Zukunft der Diabetestherapie.

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Doch bei einer Volkskrankheit gerät es zunehmend unter Druck: Mehr als zehn Millionen Menschen leben hierzulande mit Diabetes, die jährlichen Kosten für die Behandlung der Folgen belaufen sich auf rund 36 Milliarden Euro¹. Trotz guter fachärztlicher Infrastruktur fordern Experten eine konsequentere Prävention, eine frühere Diagnose und einen individualisierten Therapieansatz. Wie digitale Technologie dazu beitragen kann, die steigenden Erkrankungszahlen zu bremsen und Versorgungslücken zu schließen, erläutert Wolfgang Tröbs, Divisional Vice President, Abbott Diabetes Care DACH.

Wie bewerten Sie aktuell die Versorgungssituation von Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes in Deutschland – und wo stehen wir im europäischen Vergleich?

Wir können stolz auf unsere Fortschritte in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Diabetes sein. Deutschland verfügt über eine grundsätzlich robuste Versorgungsstruktur mit hoher fachärztlicher Kompetenz. Gleichzeitig zeigt die Entwicklung der Prävalenz sehr deutlich, dass wir uns in einer Phase zunehmender Belastung befinden² und noch viel zu tun ist. Im europäischen Vergleich stehen wir noch solide da – aber um den prognostizierten Trend aufzuhalten, braucht es eine stärkere Verzahnung von Prävention, früher Diagnose und datenbasierter Therapieoptimierung. Es gibt aktuell noch zu viele diabetesbedingte Krankenhausaufenthalte, die durch ein besseres Diabetesmanagement im Alltag verhindert werden könnten – insbesondere bei Menschen mit Typ-2-Diabetes. Ein breiterer Zugang zu bewährten Technologien für Menschen mit Diabetes, auch außerhalb der intensivierten Insulintherapie (ICT), wäre aus Versorgungssicht sinnvoll und wird auch in der Fachwelt empfohlen³, damit sie den Umgang mit ihrer chroni-

schon Erkrankung verbessern und diabetesbedingte Komplikationen und Folgeerkrankungen vermeiden können. Die Nutzung der kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) hat sich in Deutschland in den letzten Jahren zwar verdoppelt, doch viele Menschen mit Typ-2-Diabetes profitieren noch nicht von der modernen Diabetestechnik.

Welche strukturellen Stärken sehen Sie im deutschen Versorgungssystem, und wo bestehen die größten Versorgungslücken?

Eine große Stärke des deutschen Gesundheitssystems sind die hohe Qualifikation der Behandelnden, die sich rasch verbessernde digitale Infrastruktur und das bundesweite Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 mit klar definierten Zielen. Die Lücke besteht im Zugang zu moderner Glukosemessung. Zurzeit ist die Kostenübernahme für moderne Glukosemessung lediglich für rund 7 Prozent der Menschen, die an Typ-2-Diabetes leiden und sich bereits in einer intensivierten Insulintherapie befinden, generell gesichert. Dabei könnten wesentlich mehr Menschen mit Diabetes von den Technologien profitieren, indem sie ihre Krankheit besser steuern und damit Folgeerkrankungen vermeiden. Einige gesetzliche Kassen erstatten daher bereits die Kosten für moderne Glukosemessung auch für Menschen mit einer einfachen Insulintherapie. Dabei belegen zahlreiche Studien, dass die kontinuierliche Glukosemessung – unabhängig von der Therapieform – ein Schlüsselfaktor ist, um die Glukoseeinstellung zu verbessern, Folgeerkrankungen vorzubeugen und einen gesunden Lebensstil zu fördern⁴⁻⁶. Der Zugang zu CGM-Systemen für diese Patientengruppe wäre eine praktische, schnelle Lösung mit klaren Vorteilen.

Welche Rolle spielen digitale Gesundheitslösungen wie kontinuierliche Glukosemessung, DIGA oder KI-gestützte



Seit 2023 verantwortet Wolfgang Tröbs das Diabetes-Care-Geschäft von Abbott in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Auswertungen für die zukünftige Diabetesversorgung?

Digitale Lösungen werden eine zentrale Rolle spielen, weil sie eine reaktive medizinische Versorgung in eine vorausschauende transformieren können. Dabei ist digitale Diabetestechnologie der Motor der modernen Diabetestherapie: CGM-Systeme zeigen den Glukosewert und den Trend in Echtzeit⁷ an, so dass Patienten und ihre behandelnden Ärzte die Ernährungs-, Bewegungs- und Insulintherapie anpassen können, bevor Probleme entstehen. Digitale Gesundheitsanwendungen ergänzen die Versorgung durch digitale Coachingprogramme im Rahmen der Richtlinien des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Digitalgesetz und das Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten ermöglichen nun die datenschutzkonforme Nutzung von Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA), Rezept- und Gerätedaten, so dass KI-gestützte Analysen Muster – wie beispielsweise regelmäßige nächtliche Über- oder Unter-

ckerungen – erkennen und gezielte Maßnahmen anstoßen können. Kurz gesagt: CGM-Systeme liefern die Daten, DIGA und künstliche Intelligenz helfen dabei, diese in eine persönliche Betreuung umzuwandeln.

Wo sehen Sie aktuell den größten Hebel: Prävention, Therapietreue oder langfristige Prognoseverbesserung?

Alle drei genannten Versorgungsaspekte sind wichtig, doch der wirksamste Hebel wäre die Optimierung des täglichen Diabetesmanagements für die größte Gruppe der insulinbehandelten Patienten – Menschen mit Typ-2-Diabetes, die einmal täglich Insulin spritzen. CGM-Systeme liefern ein sofortiges Feedback, das Patienten und ihren Ärzten hilft, die Therapieentscheidungen zu optimieren. Studien belegen, dass Basalinsulin-Anwender mit CGM-Systemen innerhalb von drei Monaten ihren Langzeit-zucker, also den HbA1c-Wert, senken und ihre Zeit im Zielbereich verlängern, ohne dass es zu mehr Hypoglykämien kommt⁸. Dies ist im Alltag bedeutsam und wird auf

Systemebene messbar sein. Eine bessere tägliche Glukoseeinstellung beugt zudem Problemen vor, die zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führen – eine Herausforderung, die in allen OECD-Ländern, einschließlich Deutschland, weiterhin besteht. Zudem sind digitale Lösungen, die das Selbstmanagement bei der Umsetzung der Therapie stärken, eine wichtige Voraussetzung für mehr Wohlbefinden⁹.

Welche Verantwortung tragen die Krankenkassen, um nachhaltige Versorgungskonzepte zu ermöglichen?

Krankenversicherungen spielen eine entscheidende Rolle dabei, fundierte Forschungsergebnisse in einen fairen und verlässlichen Zugang zu Gesundheitsleistungen umzusetzen. In Deutschland sind CGM-Systeme für Menschen mit Typ-1-Diabetes gut etabliert¹⁰, die Kostenübernahme für Menschen mit Typ-2-Diabetes variiert jedoch weiterhin je nach Krankenversicherung oder Einzelfall. Dies verunsichert Patienten und Ärzte. Ein nachhaltiger Weg nach vorn ist die Standardisierung des CGM-Zugangs für Typ-2-Diabetes sowie die Verknüpfung der Sensordaten mit der elektronischen Patientenakte (ePA) und anderen digitalen Tools. Dadurch würden klinische Risiken reduziert, administrative Hürden abgebaut und eine proaktive Betreuung in der Primärversorgung ermöglicht.

Wie wird sich die Diabetesversorgung in den kommenden fünf bis zehn Jahren verändern – und welche Rolle spielen datenbasierte Medizin, KI und personalisierte Therapiekonzepte?

Im nächsten Jahrzehnt wird die Diabetesbehandlung noch individueller. Mit der Weiterentwicklung und zunehmenden Verbreitung digitaler Technologien und Lösungen werden Ärzte KI-gestützte Erkenntnisse nutzen können, um Therapie und Nachsorge anzupassen, insbesondere in der aktuell stark ausgelasteten Primärversorgung.

Welcher zentrale Hebel würde die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes in Deutschland am stärksten verbessern?

Ich denke, die digitale Diabetestechnologie wird zu einem permanenten Begleiter und so eine bessere medizinische Versorgung ermöglichen. Dabei messen CGM-Systeme kontinuierlich die Glukosewerte. KI kann einfache, alltagstaugliche Hilfestellungen bieten und so Menschen mit Diabetes ebenfalls dabei unterstützen, Über- und Unterzuckerungen zu vermeiden und den Langzeit-zucker (HbA1c-Wert) zu verbessern. Im Hintergrund kann die KI unauffällige Muster – wie regelmäßige Glukosewertspitzen in der Nacht oder Phasen, in denen die Therapie nicht optimal verläuft – erkennen und gibt so Patienten und ihren Ärzten frühzeitige Handlungsimpulse. Das Ergebnis für Menschen mit Diabetes: weniger Überraschungen, weniger Notfälle, mehr Sicherheit und eine Versorgung, die sich nahtlos in den Alltag einfügt.

Quellen:

- 1 Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2026, online verfügbar unter https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Deutscher_Gesundheitsbericht_2026_final.pdf
- 2 Ajan, R. A. et al. Continuous glucose monitoring in persons with type 2 diabetes mellitus who are not on intensive insulin therapy. *Nature Reviews Endocrinology* (2024) DOI: 10.1465/67poy.
- 3 Lind M et al. *Diabetes Care* 2021; 44(10): 2231-2237. DOI: 10.2337/dc20-2439
- 4 Wada E et al. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2020; 8: e001115
- 5 Aronson R et al. *Diabetes Obes Metab* 2023; 25 (4): 1024-1031. DOI: 10.1111/dom.14949
- 6 Der Sensor ist 60 Minuten nach der Aktivierung für die Glukosemessung bereit.
- 7 Martens T W et al. *MJ Open Diab Res Care* 2025;13: e005469. DOI:10.1136/bmjdr-2025-005469
- 8 Kulzer B et al. *Diabetologie und Stoffwechsel*. 2024; 19: S114-S124. DOI 10.1055/a-2381-6271
- 9 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.06.2026, BAnz AT 06.09.2016 B3

© 2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. Libre, das Schmetterlingslogo, die Form und das Erscheinungsbild des Sensors, die Farbe Gelb sowie sämtliche damit zusammenhängende Marken und/oder Designs sind das geistige Eigentum der Abbott Unternehmensgruppe in ausgewählten Ländern.

ADC-128993 v1.0

Die Schuldfrage und die gesellschaftliche Pflicht

Medizinethikerin Alena Buyx fordert auf der F.A.Z. Konferenz ein ehrlicheres Gespräch über gesundheitliche Verantwortung. *Bericht von Katharina Kleint*

Rund 200-mal trifft ein Mensch täglich Entscheidungen rund ums Essen. Das klingt nach Freiheit, nach Selbstverantwortung. Und ist doch, so die These von Alena Buyx, weit komplizierter als es scheint. Die Professorin für Medizinethik an der Technischen Universität München und ehemalige Vorsitzende des Deutschen Ethikrats plädiert auf der F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung für ein ehrlicheres gesellschaftliches Gespräch darüber, wer für Gesundheit wirklich verantwortlich ist.

Verhaltensmuster in der Ernährung

Für Buyx ist Gesundheitsverhalten das Ergebnis vieler Einflüsse – politischer, gesellschaftlicher und vor allem familiärer. Und der entscheidende Moment liegt früh: dort, wo Kleinkinder noch gar nicht selbst wählen können. „Unser Gesundheitsverhalten ist nicht freiwillig“, sagt sie. „Wir wachsen als Kinder und Jugendliche in einer Familie heran, in der wir ein bestimmtes Gesundheitsverhalten lernen und erfahren.“ Ernährungsmuster werden somit früh geprägt – oft, bevor ein Mensch überhaupt bewusste Entscheidungen treffen kann. „Man sollte also nicht die Schuld bei jedem

Einzelnen suchen.“ Das bedeute allerdings nicht, dass Eigenverantwortung irrelevant sei – als Erwachsener trage man dies durchaus, findet die Professorin. Aber es gebe einen langen Weg davor.

Ein System, das zu spät handelt

Der Staat untergrabe diese Selbstbestimmung zusätzlich und handle oft erst dann, wenn es schon zu spät ist, so Buyx. „Wir sind ein kurativ ausgerichtetes Gesundheitswesen. Wir geben nur 5 Prozent unserer gesamten Gesundheitsausgaben für präventive Maßnahmen aus“ – die übrigen 95 Prozent fließen in die Behandlung, wenn Schäden längst eingetreten sind. Besseres Essen in Schulen und Krankenhäusern,

Geduld, da sich die Ergebnisse selten sofort zeigen, sondern erst im Zeitverlauf.

Ein zentrales Instrument in dieser Debatte ist eine Zuckersteuer. In mehreren europäischen Ländern bereits eingeführt, wird sie in Deutschland noch immer nur diskutiert. Großbritannien beispielsweise besteuert seit 2018 zuckerhaltige Getränke gestaffelt nach Zuckergehalt – und das mit Erfolg: Die überwiegende Mehrheit der Hersteller senkte daraufhin den Zuckergehalt ihrer Produkte, teils ohne Preiserhöhung. Eine Simulation der Technischen Universität München zeigt, dass eine solche Abgabe auch hierzulande Übergewicht und Diabetes reduzieren würde. Buyx sieht die Steuer dabei als Teil eines größeren Ganzen: „Der Zucker ist nur ein Baustein“. Es



Professorin Alena Buyx spricht über gesellschaftliche und politische Verantwortung.

mehr strukturelle Unterstützung für gesunde Verhalten – Buyx fordert eine „tiefgreifende Umsteuerung des Gesundheitswesens“. Und sie ist überzeugt, dass es funktioniert: „Es gibt Beispiele, dass solche übergreifenden Maßnahmen wirklich ziehen“, etwa das Rauchverbot, das nachweislich Krebserkrankungen reduziert hat. Dabei brauche es jedoch

bedarf neuer Denkweisen sowie weiterer Maßnahmen, die zusammenspielen, „und dann wird es hoffentlich Effekte geben.“

Was Buyx dabei besonders wichtig ist, ist der Ton der Debatte. Zu oft werde Gesundheit als Pflicht oder Einschränkung verhandelt. Sie plädiert für einen anderen Blick: „Ich würde lieber über das gute Leben reden, über das Positive.“ Bewusstes, maßvolles Handeln müsse möglich sein.

Adipositas: (k)eine Frage der Disziplin?

Adipositas gilt erst seit 2020 offiziell als Krankheit. In der Versorgung und in der Gesellschaft ist das jedoch längst nicht angekommen. *Bericht von Katharina Kleint*



Helena Kühnemund, Marion Rung-Friebe, Claudia Catacchio, Angela Smith und Jörg Bojunga (v.l.n.r.) im Gespräch über Adipositas.

Seit Juli 2020 gilt Adipositas in Deutschland offiziell als chronische Krankheit – also starkes Übergewicht ab einem Body-Mass-Index von 30, das mit erhöhtem Risiko für Diabetes, Herzerkrankungen und Depressionen einhergeht. Dennoch klafft zwischen rechtlicher Anerkennung und gelebter Versorgungsrealität noch immer eine erhebliche Lücke. Das machte das Panel auf der F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung deutlich.

Allein gelassen im System

Der Ernährungsmediziner Jörg Bojunga vom Universitätsklinikum Frankfurt betont, was in der öffentlichen Wahrnehmung oft untergeht: Adipositas sei in den meisten Fällen genetisch bedingt und kein Lifestyle-Problem, das etwa durch schlechte Ernährung oder zu wenig Bewegung entstehe. „Niemand sucht sich aus, adipös zu sein“, sagt er. Die Erkrankung komme langsam, sei nicht vollständig heilbar und gehe mit teils schwerwiegenden Folgeleiden

weit über das reine Körpergewicht hinaus. „30 bis 40 Prozent der Menschen mit Adipositas haben Depressionen“, betont Bojunga. Das sei beispielsweise eine Begleiterkrankung, die eigenständig therapiert werden müsse, und nicht nur ein Randphänomen einhergeht. Dennoch klafft zwischen rechtlicher Anerkennung und gelebter Versorgungsrealität noch immer eine erhebliche Lücke. Das machte das Panel auf der F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung deutlich.

Dass diese Komplexität jedoch im Versorgungsalltag kaum ankommt, beschreiben die Betroffenen eindrücklich. Für Marion Rung-Friebe, Vorstand des Adipositas-Verbands Deutschland, endete die jahrelange Suche nach Unterstützung ermutigend. „Ich habe sehr lange Hilfe gesucht, bis ich's irgendwann aufgegeben habe.“ Der Grund dafür liege oft schon in den Arztpraxen, wo die nötige Sensibilität fehle: „Der Arzt holt [die Betroffenen] nicht an dem Punkt ab, wo sie mit der Krankheit stehen.“ Ein Allgemeinarzt sei laut Rung-Friebe schließlich kein Adipositas-Spezialist, und allgemeine Ratschläge wie etwa mehr Bewegung greifen deutlich zu kurz. Das bestätigt auch Mitbetroffene Claudia Catacchio: „Sport allein ist nicht die Lösung – das zu denken, wäre fatal.“

Was Erkrankte besonders belastet, ist demnach nicht nur die mangelnde Versorgung, sondern der gesellschaftliche Blick auf ihre Erkrankung. „Die Schuld ist nicht beim Patienten zu suchen“, stellt Catacchio klar. Natürlich trage jeder eine Eigenverantwortung, „aber problematisch wird es, wenn unterschätzt wird, wie viel der Patient schon an Mühe hineingesteckt hat, um das Problem zu bekämpfen, und es dann immer noch bagatellisiert wird.“ Was stattdessen gebraucht werde, sei ein grundlegend anderes Miteinander: „Das muss auf Augenhöhe stattfinden und eine gemeinschaftliche Herangehensweise an diese komplexe Erkrankung sein.“

Adipositas ernst nehmen

Laut einer Prognose, auf die sich Catacchio bezieht, werden bis 2030 rund 30 Prozent der Menschen in Europa mit Adipositas leben. „Es macht keinen Sinn, sich der Sache zu verschließen“, sagt sie. „Wir sind auf einem Weg, der sich so beschleunigt hat, dass man ihn nicht mehr ignorieren kann.“

Vom Vorurteil zur Behandlung: Warum Adipositas endlich als chronische Erkrankung behandelt werden muss

Helena Kühnemund, Director External Engagement von Lilly Deutschland, über Versorgungslücken, Stigmatisierung und notwendige Reformen.

Adipositas wird zunehmend als chronische Erkrankung verstanden. Wo steht Deutschland heute beim Umgang mit Adipositas – medizinisch, gesellschaftlich und gesundheitspolitisch?

Medizinisch ist das Verständnis heute deutlich weiter als noch vor einigen Jahren: Adipositas (BMI über 30) ist keine Frage von Disziplin oder Willenskraft. Sie ist eine ernste, chronische Erkrankung, bei der genetische, hormonelle, psychologische, soziale und Umweltfaktoren zusammenspielen. In der Versorgungspraxis und im gesellschaftlichen Umgang ist dieser Perspektivwechsel jedoch noch nicht konsequent angekommen. Stigmatisierung prägt weiterhin den Alltag vieler Betroffener – auch im Gesundheitssystem. Und auch gesundheitspolitisch zeigt sich eine deutliche Lücke zwischen Erkenntnis und Umsetzung: Denn obwohl der Deutsche Bundestag Adipositas 2020 als eigenständige Krankheit anerkannt hat und obwohl mit dem Disease-Management-Programm Adipositas (DMP Adipositas) ein Instrument für strukturierte Versorgung existiert, ist es bislang nicht flächendeckend implementiert. Gleichzeitig verhindert der sogenannte Lifestyle-Paragraph (§ 34 SGB V), dass notwendige Therapien erstattet werden. Das führt dazu, dass nur ein Bruchteil der Betroffenen tatsächlich leitliniengerecht behandelt wird.

Im Panel wurde deutlich, dass Adipositas weit über Ernährung und Bewegung hinausgeht. Welche Aspekte werden in der öffentlichen Debatte noch zu wenig berücksichtigt?

Nach wie vor wird Adipositas häufig auf individuelles Verhalten reduziert. Dabei zeigen Daten sehr klar, dass es sich um eine chronische Erkrankung mit komplexen biologischen, genetischen und hormonellen Ursachen handelt. Diese Verkürzung hat gravierende Folgen: Viele Menschen mit Adipositas machen sich selbst verantwortlich und zögern aus Scham oder Resignati-

on, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aktuelle, von Lilly initiierte Umfragen unter Menschen mit Adipositas zeigen, dass nicht nur in Deutschland, sondern weltweit ein erheblicher Anteil der Betroffenen Arztbesuche vermeidet, weil sie negative Erfahrungen oder Stigmatisierung befürchten. Diese psychologische Barriere ist ein zentraler, aber noch zu wenig beachteter Faktor in der Versorgung.

Viele Betroffene berichten von langen Wegen bis zur Diagnose und Therapie. Wo sehen Sie die größten Versorgungslücken?

Eine der größten Lücken ist das Fehlen klarer, strukturierter Versorgungspfade. Es gibt bislang kein flächendeckendes System, das von der frühen Diagnose über die hausärztliche Betreuung bis hin zu spezialisierten, interdisziplinären Angeboten reicht. Häufig wird Adipositas erst dann behandelt, wenn bereits Folgeerkrankungen wie Typ-2-Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgetreten sind. Das DMP Adipositas könnte hier Abhilfe schaffen, wird aber bislang nicht umgesetzt. Zusätzlich erschweren Erstattungsbarrieren den Zugang zu wirksamen Therapien – trotz klarer medizinischer Evidenz.

Wie Sie gerade gesagt haben, erleben sich Menschen mit Adipositas häufig als stigmatisiert – auch im Gesundheitssystem. Was müsste sich ändern, um eine patientenzentriertere Versorgung zu erreichen?

Patientenzentrierte Versorgung beginnt mit Anerkennung: Adipositas muss überall als chronische Erkrankung verstanden und behandelt werden. Dazu gehört eine respektvolle, stigmafreie Kommunikation ebenso wie strukturelle Veränderungen. Ärztinnen und Ärzte brauchen Zeit, Weiterbildung und angemessene Vergütung für Diagnostik und langfristige Begleitung. Gleichzeitig sind verlässliche Versorgungsstrukturen notwendig, die Betroffenen Orientierung



Helena Kühnemund bringt im Gespräch die Perspektive strategischer Kooperationen und Innovation im Bereich kardiometabolischer Erkrankungen ein.

geben. Ohne diesen systemischen Rahmen bleibt der Appell zu mehr Empathie wirkungslos.

Welche Rolle spielen moderne medikamentöse Therapien im Gesamtkonzept der Adipositasbehandlung?

Moderne medikamentöse Therapien sind ein wichtiger Bestandteil einer zeitgemäßen Adipositasbehandlung. Sie ersetzen weder Ernährungs- noch Bewegungstherapie, können diese aber sinnvoll ergänzen – eingebettet in ein multimodales, langfristiges Konzept. Studien zeigen, dass durch wirksame Behandlung nicht nur Gewicht reduziert, sondern auch das Risiko für Folgeerkrankungen gesenkt werden kann. Entscheidend ist jedoch, dass diese Therapien dort ankommen, wo sie medizinisch indiziert sind. Dafür braucht es entsprechende Versorgungsstrukturen und einen fairen Zugang.

Welche Rolle sollte Prävention künftig spielen?

Prävention ist zentral, darf aber nicht ausschließlich verhaltenspräventiv gedacht werden. Natürlich ist es wichtig, früh anzusetzen – idealerweise bereits im Kindesalter. Gleichzeitig muss Adipositas früher als eigenständige Erkrankung diagnostiziert werden und nicht erst dann, wenn Folgeerkrankungen entstehen. Frühzeitige Intervention ist medizinisch sinnvoll und volkswirtschaftlich effizient, weil sie spätere Kosten vermeidet.

Adipositas ist eng mit zahlreichen Folgeerkrankungen verknüpft. Welche Chancen sehen Sie in einem interdisziplinären Versorgungsansatz?

Adipositas betrifft nahezu alle Organsysteme und ist mit über 200 Folgeerkrankungen verbunden. Ein interdisziplinärer Ansatz ist daher keine Option, sondern eine

Notwendigkeit. Strukturierte Programme wie ein Disease-Management-Programm könnten unterschiedliche Fachrichtungen zusammenbringen und eine koordinierte Versorgung ermöglichen. In einigen Regionen gibt es bereits Netzwerke, die zeigen, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert – diese Ansätze müssen jedoch in die Fläche gebracht werden.

Adipositas verursacht erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Wie lassen sich die Mittel im Gesundheitssystem effizienter einsetzen?

Die Kosten von Adipositas und Übergewicht belaufen sich in Deutschland mit 2,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts auf circa 113 Milliarden Euro pro Jahr. Deshalb ist es enorm wichtig, die gesamtwirtschaftlichen Kosten von chronischen Erkrankungen im Blick zu behalten und stärker in Prävention zu investieren, um mittel- bis langfristige Kosten durch chronische Erkrankungen frühzeitig zu vermeiden. Investitionen in wirksame Therapie und Versorgungsgerechtigkeit sind keine Mehrbelastung, sondern langfristig kostensparend.

Welche strukturellen Veränderungen sind notwendig, um die Versorgung zu verbessern?

Zentral sind drei Punkte: die konsequente Anerkennung von Adipositas als chronische Erkrankung in der Versorgungspraxis, die flächendeckende Umsetzung des DMP Adipositas und der Abbau von Erstattungsbarrieren, insbesondere die Öffnung des § 34 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Ergänzend braucht es klare Versorgungspfade und eine frühe, routinemäßige Diagnostik.

Wenn Sie fünf Jahre vorausblicken: Wie sähe eine ideale Versorgung aus?

In fünf Jahren sollte Adipositas selbstverständlich und stigmafrei behandelt werden – mit früher Diagnose, strukturierten Versorgungspfaden und langfristiger Begleitung. Ein flächendeckend etabliertes DMP

CMAT-17983, März 2026

Millionen Kranke, zu wenig Wissen: Was Deutschland im Kampf gegen Diabetes versäumt

Auf der F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung diskutierten Forscher, Betroffene und Mediziner die Lage der Diabetesversorgung in Deutschland. Das Bild, das sich abzeichnete, war ernüchternd – und zugleich voller ungenutzter Chancen. *Bericht von Katharina Kleint*

Es gibt Krankheiten, die man sieht. Und es gibt Diabetes. Mehr als zehn Millionen Menschen in Deutschland leben mit der Diagnose – Tendenz steigend. Viele weitere tragen sie in sich, ohne es zu wissen. Denn Diabetes – ob Typ 1 oder Typ 2 – schleicht sich an. Nicht immer gibt es offensichtliche Zeichen. Und genau darin besteht eine große medizinische und gesellschaftliche Herausforderung unserer Zeit. Die F.A.Z. Konferenz Gesundheit und Ernährung widmete dem Thema gleich mehrere Panels – und brachte dabei Menschen an einen Tisch, die sonst selten miteinander diskutieren: Forscher und Betroffene, Pharmakologen und Krankenkassenvertreter, TV-Moderatoren und Patientenvertreter.

Früherkennung nicht für alle möglich

Eine drängende und zugleich frustrierende Frage betrifft den Typ-1-Diabetes: Wie kann eine Krankheit, die sich medizinisch früh nachweisen lässt, noch immer so häufig in einer akuten Krise enden? Die Mittel zur Früherkennung existieren schließlich, doch sie werden bisher nicht flächendeckend eingesetzt.

Anders als oft angenommen, ist Typ-1-Diabetes keine Ernährungs- oder Lebensstilfrage. Das Immunsystem greift dabei die insulinproduzierenden Beta-Zellen der Bauchspeicheldrüse an und zerstört sie über Jahre hinweg still. Peter Achenbach vom Helmholtz Zentrum München ist einer der führenden Forscher für die Früherkennung der Erkrankung. Er beschreibt den Mechanismus wie folgt: „Unser eigener Körper ist fehlgeleitet, richtet sich gegen diese Insulin-produzierenden Beta-Zellen und zerstört sie.“ Erst wenn 80 bis 90 Prozent dieser Zellen vernichtet seien, kündige sich die Erkrankung klinisch an – und das als akute Stoffwechsellage.

Dabei wäre genau das vermeidbar. Ein einfacher Bluttest auf sogenannte Autoantikörper kann die Erkrankung lange vor dem ersten Symptom aufspüren. „Die Autoimmunerkrankung lässt sich früh im Blut nachweisen und kann fortschreiten. Deshalb wird mittlerweile auch das Frühstadium schon als Krankheit definiert“, sagt Achenbach. Eine frühe Diagnose bedeutet Zeit für Vorbereitung, Beratung – und in manchen Fällen die Chance, den Verlauf zu verlangsamen. Achenbachs Botschaft ist unmissverständlich: „Die Erkrankung ist immer ein traumatisches Ereignis für die Betroffenen und deren Familie. Wir haben heute die Möglichkeit, es zu vermeiden, und das sollten wir auch tun.“

Die Realität sieht allerdings meist anders aus. Die sogenannte Frida-Studie etwa ist eine Initiative, die darauf abzielt, bei Kindern Typ-1-Diabetes bereits in einem präklinischen Frühstadium zu diagnostizieren. Doch Achenbach erklärt: „Wir sind noch nicht in der Lage, Deutschland vollständig abzudecken.“ Alles läuft auf Studienbasis, finanziert mit Forschungsgeldern, nicht über die Regelversorgung. Dabei wäre die Infrastruktur vorhanden, etwa im Rahmen regulärer Kinderarzt-Vorsorgeuntersuchungen. Was fehlt, seien laut Achenbach politischer Wille und eine entsprechende Vergütungsstruktur.

Kathi Korn, Autorin, Health-Influencerin und selbst mit Typ-1-Diabetes lebend, kennt das Problem aus eigener Erfahrung. „Ich wusste das selbst ganz lange überhaupt nicht“, erzählt sie. Im Frühstadium zeigten sich bei ihr schlichtweg keine Symptome. Korn kritisiert, dass nicht alle Kinder gleichermaßen Zugang zu Tests haben. Nur weil sie selbst erkrankte, durfte sie ihre eigenen Kinder testen lassen. Und auch nach der Diagnose fehle es an Strukturen: „Schulen und Kitas sind in den wenigsten Fällen auf Kinder mit Typ-1-Diabetes vorbereitet.“



Annika Ziercke, Harry Wijnvoord und Martin Smollich (v.l.n.r.) sprechen mit Content Creator Bastian Niemeier über Typ-2-Diabetes.

Was beim Typ-1-Diabetes die fehlende Früherkennung ist, ist beim Typ-2 das Kommunikationsversagen. Laut Robert-Koch-Institut betreffen rund 90 Prozent aller Diabetesdiagnosen diese Form, bei der die Körperzellen über Jahre zunehmend unempfindlich gegenüber Insulin werden – ebenso schleichend, oft unbemerkt.

Allein mit der Diagnose

So erfuhr TV-Moderator Harry Wijnvoord von seiner Erkrankung erst bei einem medizinischen Pflichtcheck vor der TV-Serie „Dschungelcamp“. Annika Ziercke, Patientvertreterin der #dedoc-Community, wur-

de wegen Keuchhusten untersucht – und erfuhr nebenbei, dass sie Diabetes hat. „Ach ja, Diabetes haben Sie auch noch, aber dafür kommen Sie nächste Woche wieder, dann machen wir ein anderes Blutbild“, schildert sie das Gespräch mit dem behandelnden Mediziner. Danach stand sie allein vor der Praxistür – ohne Erklärung, ohne Begleitung.

Das ist kein Einzelfall. Patienten erhalten oft ein Rezept und einen Folgetermin, aber keine Orientierung darüber, was die Diagnose für ihren Alltag bedeutet. Ziercke fordert daher eine individuelle Behandlung und einen Austausch auf Augenhöhe. Wijnvoord hat sich zum Zeitpunkt seiner Diag-

nose in einer günstigeren Lage befunden: „Ich hatte das Glück, eine fantastische Diabetologin zu haben, die mich betreut und mitgenommen hat.“ Der Regelfall sieht jedoch anders aus: Nicht insulinpflichtige Patienten landen häufig wieder beim Hausarzt, der für diese Betreuung selten ausreichend geschult ist. Hinzu kommen fragwürdige Abrechnungsanreize: Laut Wijnvoord erhalte der Arzt eine Pauschale für die Insulintherapie, nicht aber für orale Medikamente. „Das ist natürlich ein Debakel.“

Matthias Axel Schweitzer von Abbott Diabetes Care brachte in diesem Zusammenhang einen zentralen Gedanken in die Diskussion ein: „Die Patienten müssen sehen,

wie ihre Krankheit verläuft, nur dann können sie sich anpassen. Menschen wollen handeln, wenn sie es verstehen.“ Doch Rainer Lange von der DAK-Gesundheit dämpft den Optimismus: Schulungszentren bauten ab, Hausärzte gingen in Rente, die nötige Begleitung fehle vielerorts. Es werde schlicht nicht genug kommuniziert.

Stigma, Herz und politisches Versagen

Unbehandelt hinterlässt Diabetes tiefe Spuren – weit über den Blutzucker hinaus. Menschen mit Diabetes tragen ein deutlich erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Dirk Müller-Wieland, Wissenschaftlicher Leiter des Universitätsklinikums Aachen, mahnte deshalb eine vorausschauende Versorgung an, die kardiovaskuläre Risiken früh erkennt, anstatt erst beim Eintritt von Folgeschäden zu reagieren.

Einer guten Versorgung steht aber noch ein gesellschaftliches Hindernis im Weg: das Stigma. Martin Smollich, Pharmakologe am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, stellt klar: „Es ist keine Charakterchwäche, sondern eine Krankheit.“ Die implizite Botschaft, Typ-2-Betroffene seien selbst schuld, sei medizinisch falsch und menschlich schädlich. „Verhältnisprävention ist eine politische Aufgabe und nicht die Verantwortung jedes einzelnen Menschen.“ Zuckersteuer, Werbeverbot für ungesunde Kinderlebensmittel, gesünderes Essen in Schulen und Kitas seien Konsens in der Fachwelt, blieben in der Politik aber weitgehend folgenlos. Zudem erreiche Aufklärung über die Krankheit oft nur jene Kinder, deren Eltern ohnehin ein höheres Bildungsniveau haben und bereits für gesunde Ernährung sensibilisiert sind. Wer sozial benachteiligt sei, falle öfter durch das Raster. Diese Zweiklassenprävention sei laut Smollich politisches Versagen und müsse unbedingt korrigiert werden.

Frankfurter Allgemeine Konferenzen

Gesundheit & Ernährung

VIELEN DANK!

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Sprecherinnen und Sprechern sowie unseren Partnern für ihren Beitrag zu dieser spannenden und erfolgreichen Veranstaltung!

9.3.2027

Frankfurt am Main

Eine Veranstaltung von **Frankfurter Allgemeine Konferenzen**

In Kooperation mit **#dedoc**

Veranstaltungspartner

Netzwerkpartner

Zur Anmeldung

© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, Frankfurt. Alle Rechte vorbehalten. Zur Verfügung gestellt vom **Frankfurter Allgemeine ARCHIV**