

Systemversagen in der metabolischen Prävention

Eine kritische Analyse der deutschen
Gesundheitspolitik und der DGE-Leitlinien
im Kontext der Diabetes-Pandemie (Stand
2025/2026)

Veröffentlicht am 11.01.2026

Autor:
Matthias Stein-Schilling

www.diabetesfrei-leben.de

Präambel: Die verdrängte Krise der metabolischen Gesundheit

Zum Jahreswechsel 2025/2026 befindet sich das deutsche Gesundheitssystem an einem kritischen Wendepunkt, der in der öffentlichen Wahrnehmung oft hinter akuten infektiologischen oder geopolitischen Krisen zurücktritt, dessen langfristige destruktive Kraft jedoch weitaus gravierender ist. Die schleichende Pandemie der metabolischen Dysfunktion – manifestiert in Adipositas, Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes – hat ein Ausmaß erreicht, das die ökonomische Tragfähigkeit der Sozialsysteme und den sozialen Frieden gefährdet. Während die medizinische Forschung mit der Einführung dualer Agonisten (GLP-1/GIP) pharmakologische Durchbrüche feiert, offenbart die gesundheitspolitische Ebene ein Bild der Stagnation, des Lobbyismus und der wissenschaftlichen Diskrepanz.

Dieser Bericht analysiert die Situation in Deutschland erschöpfend. Er kontrastiert die harte epidemiologische Realität, wie sie der *IDF Diabetes Atlas 2025* und die *RKI Diabetes Surveillance* zeichnen, mit den weichen, oft industriefreundlichen politischen Maßnahmen. Besonderes Augenmerk liegt auf der tiefgreifenden Kritik an der *Deutschen Gesellschaft für Ernährung* (DGE), deren 2024 veröffentlichte Richtlinien einen Paradigmenwechsel hin zur „Planetary Health“ vollzogen haben, der von führenden Diabetologen und Stoffwechselmediziner*innen als

kontraproduktiv für die metabolische Gesundheit der Bevölkerung eingestuft wird. Ebenso wird das Versagen beim Schutz von Kindern und Jugendlichen vor einem adipogenen Umfeld thematisiert, das zu einer beispiellosen Inzidenz von Typ-2-Diabetes im Jugendalter führt.

1. Die epidemiologische Beweislage 2025/2026: Ein Tsunami der Zahlen

Um die Dringlichkeit der Kritik an Institutionen wie der DGE oder dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu verstehen, ist eine detaillierte Autopsie der aktuellen Datenlage unerlässlich. Die Zahlen des Jahres 2025 sind nicht bloße Statistik; sie sind das Zeugnis eines kollektiven Präventionsversagens.

1.1 Der globale Kontext: Der IDF Diabetes Atlas 11. Edition (2025)

Die *International Diabetes Federation* (IDF) hat mit der Veröffentlichung ihrer 11. Atlas-Edition im Jahr 2025 die Dimension der globalen Katastrophe neu vermessen. Die Daten korrigieren frühere Prognosen fast durchweg nach oben und zeigen, dass sich die Dynamik der Erkrankung beschleunigt, statt abzuflachen.

Im Beobachtungszeitraum 2024/2025 leben weltweit etwa **589 Millionen Erwachsene** (20–79 Jahre) mit Diabetes.¹ Dies entspricht einer Prävalenz von einem Erkrankten unter neun Erwachsenen. Die humanitäre Katastrophe verbirgt sich hinter der Mortalitätsstatistik: Diabetes war im Jahr 2024 direkt für **3,4 Millionen Todesfälle** verantwortlich – statistisch gesehen ein Tod alle neun Sekunden.² Diese Zahl ist jedoch mit Vorsicht zu genießen, da sie vermutlich eine massive Untererfassung darstellt. Viele Todesfälle, die als Herzinfarkt (Myokardinfarkt), Schlaganfall (Apoplex) oder Nierenversagen kodiert werden, sind in

ihrer Ätiologie primär metabolisch bedingt. Der Diabetes fungiert hier als der „stille Killer“, der die Gefäßpathologie über Jahrzehnte vorantreibt, bevor das akute Ereignis eintritt.

Ökonomisch betrachtet hat die Krankheit eine Schwelle überschritten, die als systemgefährdend bezeichnet werden muss. Die weltweiten Gesundheitsausgaben für Diabetes beliefen sich auf mindestens **1 Billion US-Dollar**, was einem Anstieg von 338 % in den letzten 17 Jahren entspricht.² Diese Explosion der Kosten resultiert nicht nur aus der steigenden Prävalenz, sondern auch aus der zunehmenden Komplexität der Behandlung spät diagnostizierter Fälle, die teure Interventionen wie Dialyse, Amputationen oder komplexe Revaskularisationen erfordern.

Die Prognose bis zur Mitte des Jahrhunderts ist düster: Bis 2050 wird die Zahl der Betroffenen auf **853 Millionen** steigen.¹ Dieser Anstieg um 46 % wird primär, aber nicht ausschließlich, durch Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen getrieben. Doch auch in Hocheinkommensländern wie Deutschland verändert sich die Demografie der Krankheit dramatisch, da die Inzidenz in jüngeren Kohorten steigt, während die Lebenserwartung der Erkrankten dank besserer Medikamente zunimmt, was die Prävalenzlast im System akkumuliert.

1.2 Die deutsche Realität: Daten des Robert Koch-Instituts und die „Dunkelziffer“

Während globale Zahlen den Kontext liefern, offenbaren die nationalen Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) die spezifisch deutsche Problematik. Die Bundesrepublik leistet sich den Luxus eines hochtechnisierten Reparatursystems bei gleichzeitiger Vernachlässigung der primären Prävention.

1.2.1 Das Versagen der Dateninfrastruktur

Ein zentraler Kritikpunkt der DDG im Gesundheitsbericht 2025 ist die fortbestehende Vagheit der Datenlage. Anders als in skandinavischen Ländern existiert in Deutschland kein zentrales, verpflichtendes Diabetes-Register, das klinische Daten in Echtzeit aggregiert. Stattdessen verlässt man sich auf Abrechnungsdaten der Krankenkassen und Surveys wie GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell). Die DDG kritisiert, dass Deutschland nur über „vage Zahlen“ verfügt und die Prävalenz basierend auf Versichertendaten zwischen 6,2 % und 10 % schätzt.³

Das RKI hat mit dem Aufbau der *Nationalen Diabetes-Surveillance* zwar einen Anfang gemacht, doch die DDG fordert zu Recht, dass dieses Instrument politisch unabhängig sein muss und durch echte klinische Register ergänzt werden sollte.³ Abrechnungsdaten kodieren Diagnosen oft nach Erlösrelevanz (DRG-System), was zu Verzerrungen führen kann, während reine

Befragungsstudien an der subjektiven Wahrnehmung der Patienten scheitern, die ihren eigenen glykämischen Status oft nicht kennen.

1.2.2 Prävalenz und Geschlechterasymmetrie

Basierend auf der RKI-Baseline von 2022/2024 zeigt sich eine klare geschlechtsspezifische Asymmetrie:

- **Männer** sind mit einer diagnostizierten Prävalenz von **9,2 %** (ca. 3,13 Millionen) signifikant häufiger betroffen als Frauen.⁴
- **Frauen** weisen eine Prävalenz von **8,2 %** (ca. 2,92 Millionen) auf.⁴

Diese Diskrepanz wird oft auf hormonelle Schutzfaktoren bei prämenopausalen Frauen zurückgeführt, verringert sich jedoch im Alter dramatisch. Zudem zeigen Männer in Deutschland oft ein riskanteres Gesundheitsverhalten (höherer Alkoholkonsum, fleischlastigere Ernährung, weniger Vorsorgeinanspruchnahme), was in den DGE-Leitlinien (siehe Kapitel 3) zwar thematisiert, aber in der präventiven Praxis kaum adressiert wird.

1.2.3 Das Menetekel der Dunkelziffer

Der vielleicht beunruhigendste Aspekt des Deutschen Gesundheitsberichts Diabetes 2025 ist die Schätzung der Dunkelziffer. Die Experten gehen davon aus, dass mindestens 2 Millionen Menschen in Deutschland mit einem manifesten Typ-2-Diabetes leben, ohne davon zu wissen.³

Dies ist keine akademische Fußnote, sondern ein klinisches Desaster. Ein unentdeckter Diabetes bedeutet, dass

diese 2 Millionen Menschen im Durchschnitt 5 bis 7 Jahre lang einer Hyperglykämie ausgesetzt sind, bevor die Diagnose gestellt wird. In dieser Zeit nehmen die mikrovaskulären Strukturen (Retina, Glomeruli der Nieren, periphere Nerven) irreversiblen Schaden. Wenn diese Patienten schließlich im System auftauchen, leiden sie oft bereits an einer diabetischen Retinopathie oder einer beginnenden Niereninsuffizienz.

Global gesehen wissen über 40 % der Betroffenen nichts von ihrer Erkrankung.¹ In Europa liegt der Anteil der nicht diagnostizierten Fälle bei geschätzten 33,6 %.⁶ Wendet man diese Quote auf Deutschland an, könnte die Dunkelziffer sogar noch höher liegen als die von der DDG konservativ geschätzten 2 Millionen.

1.2.4 Die Szenarien für 2050: Der Weg in die Unfinanzierbarkeit

Das RKI hat verschiedene Szenarien für die Entwicklung bis 2050 modelliert, die die Konsequenzen politischen Nichthandelns verdeutlichen.

Selbst im optimistischen Szenario 11, das eine hochwirksame Präventionspolitik voraussetzt (die aktuell nicht existiert, siehe Kapitel 4), würde die Zahl der Diabetiker aufgrund der demografischen Alterung auf über 8 Millionen steigen. Das „Status Quo“-Szenario hingegen würde das deutsche Gesundheitssystem sprengen. Eine Verdopplung der Patientenzahl auf 11 Millionen würde bedeuten, dass jeder sechste Bürger eine chronische, kostenintensive Behandlung benötigt. Die derzeitige Infrastruktur an

Diabetologen, Fußambulanzen und Nierenzentren ist dafür nicht im Ansatz ausgelegt.

Szenario	Annahmen	Projizierte Prävalenz 2050	Betroffene (Mio.)
Status Quo Szenario 2	Konstante Inzidenz & Mortalität	16,1 %	~11,01 Mio.
Präventionserfolg Szenario 11	Inzidenz sinkt um 2% p.a.	12,2 %	~8,39 Mio.
Worst Case Szenario 17	Inzidenz steigt um 2% p.a.	22,4 %	~15,3 Mio.

Tabelle 1: RKI-Projektionsmodelle für Typ-2-Diabetes in Deutschland bis 2050.⁴

2. Die pädiatrische Katastrophe: Wenn Kinder metabolisch altern

Ein besonders scharfes Schwert der Kritik an der aktuellen Gesundheitspolitik ist der Umgang mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Lange Zeit galt Typ-2-Diabetes als „Alterszucker“. Diese Nomenklatur ist im Jahr 2025 nicht nur obsolet, sie ist zynisch. Wir erleben eine Verschiebung der Erkrankung in das Jugendalter – eine Entwicklung, die von Experten als „Diabesity“ bezeichnet wird.

2.1 Epidemiologie des jugendlichen Typ-2-Diabetes

Die Inzidenz des Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen steigt weltweit und auch in Deutschland. Während Typ-1-Diabetes (Autoimmunerkrankung) relativ konstante oder leicht steigende Raten aufweist, explodiert die Rate des Typ-2-Diabetes parallel zur Adipositas-Kurve. Daten aus den USA, die als Vorläufer für westliche Industrienationen wie Deutschland gelten, prognostizieren einen Anstieg der Typ-2-Fälle bei Jugendlichen um bis zu **700 % bis zum Jahr 2060**, wenn keine Trendwende gelingt.⁷

Die RKI-Surveillance bestätigt, dass Adipositas im Kindesalter der stärkste Prädiktor ist.⁸ Das Fettgewebe ist kein passiver Energiespeicher, sondern ein hochaktives endokrines Organ, das Entzündungsbotsstoffe (Adipokine) und freie Fettsäuren sezerniert, die die

Insulinrezeptoren blockieren. Tritt diese Insulinresistenz in der Pubertät auf – einer Phase, die physiologisch ohnehin durch eine verminderte Insulinsensitivität gekennzeichnet ist –, kollabiert der Glukosestoffwechsel.

2.2 Pathophysiologische Besonderheiten

Kritiker der aktuellen Leitlinien betonen, dass Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen aggressiver verläuft als bei Erwachsenen. Studien zeigen einen schnelleren Verfall der beta-Zell-Funktion der Bauchspeicheldrüse.⁹ Das bedeutet, dass ein 15-Jähriger mit Typ-2-Diabetes nicht einfach einen „frühen Alterszucker“ hat, sondern eine maligne Form der metabolischen Dysregulation, die oft schon im frühen Erwachsenenalter (mit 30 oder 35 Jahren) zu Herzinfarkten, Dialysepflicht oder Erblindung führt.⁸

2.3 Sozioökonomischer Determinismus

In Deutschland ist die Gesundheit eines Kindes stärker von der Postleitzahl und dem Bildungsstatus der Eltern abhängig als von genetischen Faktoren. Das RKI identifiziert niedrigen sozioökonomischen Status (SES) als Hauptrisikofaktor.³ Kinder aus armen Familien leben häufiger in einem „adipogenen Umfeld“:

- Höhere Dichte an Fast-Food-Outlets in der Wohnumgebung.
- Geringerer Zugang zu Sportvereinen.
- Höhere Exposition gegenüber Werbung für ungesunde Lebensmittel (siehe Kapitel 5).

Die Kritik an der Bundesregierung, insbesondere am FDP-geführten Finanzministerium und Teilen der Union, entzündet sich daran, dass diese strukturelle Benachteiligung als „individuelle Fehlentscheidung“ der Eltern geframet wird, um regulatorische Eingriffe abzuwehren.

3. Der Sündenfall der DGE: Ideologie vs. Physiologie

Im Zentrum der wissenschaftlichen und medizinischen Kritik steht im Zeitraum 2024–2026 die *Deutsche Gesellschaft für Ernährung* (DGE). Mit der Veröffentlichung ihrer neuen, lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen im März 2024 hat die Gesellschaft eine Kontroverse ausgelöst, die weit über Fachkreise hinausreicht.

3.1 Das mathematische Modell: Planet vor Patient?

Historisch basierten Ernährungsempfehlungen primär auf der Deckung des Nährstoffbedarfs und der Prävention von Mangelerscheinungen. Die DGE hat 2024 jedoch ein radikal neues Verfahren eingeführt: die mathematische Optimierung. Dieses Modell gewichtet drei Zieldimensionen:

1. **Minimierung der Krankheitslast & Nährstoffdeckung:** 30 % Gewichtung.
2. **Minimierung der Umweltlast**

(**Treibhausgasemissionen, Landnutzung**): 30 % Gewichtung.

3. **Berücksichtigung der Verzehrgewohnheiten (Akzeptanz):** 40 % Gewichtung.¹⁰

Die Kritik der Experten:

Medizinische Fachgesellschaften wie die Deutsche Akademie für Präventivmedizin (DAPM) und zahlreiche niedergelassene Diabetologen kritisieren diese Gewichtung als methodischen Sündenfall. Indem der Umweltschutz (30 %) und die Bequemlichkeit der Bevölkerung (40 %) zusammen 70 % des Modells bestimmen, wurde der Aspekt der menschlichen Gesundheit (30 %) marginalisiert.¹⁰

Kritiker argumentieren, dass eine Ernährungsgesellschaft primär der menschlichen Physiologie verpflichtet sein muss. Klimaschutz sei wichtig, dürfe aber nicht dazu führen, dass Ernährungsempfehlungen für metabolisch kranke Menschen physiologisch unsinnig werden.

3.2 Der Kohlenhydrat-Konflikt: 300g Getreide für ein insulinresistentes Volk

Das Ergebnis des DGE-Modells ist eine Empfehlung, die stark pflanzenbasiert ist und einen sehr hohen Anteil an Getreideprodukten vorsieht. Konkret empfiehlt die DGE den Verzehr von ca. **300 g Getreideprodukten pro Tag** (Brot, Nudeln, Reis, Flocken), vorzugsweise als Vollkorn.¹¹

Die metabolische Kritik:

Für einen schlanken, sportlichen 20-Jährigen mit hoher Insulinsensitivität mag diese Empfehlung unproblematisch

sein. Doch für die Bevölkerungsmehrheit in Deutschland – die übergewichtig ist und eine mehr oder weniger ausgeprägte Insulinresistenz aufweist – ist sie laut Kritikern wie der DAPM und Low-Carb-Ärzten fatal.

- **Blutzuckerlast:** 300 g Getreideprodukte entsprechen – je nach Verarbeitung – einer enormen glykämischen Last. Auch Vollkornprodukte werden im Darm zu Glukose aufgespalten und erfordern eine massive Insulinantwort.
- **Hyperinsulinämie:** Bei insulinresistenten Menschen führt diese Kohlenhydratmenge zu chronisch erhöhten Insulinspiegeln. Insulin ist das stärkste anabole Hormon und blockiert die Lipolyse (Fettverbrennung). Die Empfehlung zwingt den Stoffwechsel dieser Patienten also physiologisch in den Fettspeichermodus.¹¹
- **Widerspruch zu Leitlinien:** Die DGE-Empfehlung steht im direkten Widerspruch zu den therapeutischen Leitlinien der *American Diabetes Association* (ADA) und der DDG, die die Reduktion von Kohlenhydraten (Low Carb) als evidenzbasierte, effektive Strategie zur Verbesserung der glykämischen Kontrolle anerkennen.¹¹

3.3 Reduktion tierischer Proteine: Ideologie oder Evidenz?

Parallel zur Erhöhung der Getreidemenge empfiehlt die DGE eine drastische Reduktion tierischer Produkte (Fleisch, Milch, Eier), primär begründet durch deren

CO₂-Fußabdruck.

Kritiker bemängeln, dass hierbei wichtige physiologische Aspekte ignoriert wurden:

- **Sättigung:** Protein ist der Makronährstoff mit der höchsten Sättigungswirkung. Eine Reduktion zugunsten von Kohlenhydraten führt oft zu mehr Hunger und damit zu einer höheren Gesamtkalorienaufnahme – dem Haupttreiber der Adipositas.
- **Sarkopenie:** In einer alternden Gesellschaft (Demografie Deutschlands) ist der Erhalt der Muskelmasse essenziell. Ältere Menschen benötigen *mehr* hochwertiges Protein, um Gebrechlichkeit und Sturzneigung vorzubeugen. Pflanzliche Proteine haben oft eine geringere Bioverfügbarkeit, was in den pauschalen Mengeneempfehlungen der DGE nicht ausreichend differenziert wird.¹⁰

Fazit zur DGE: Die Kritik lautet, dass die DGE eine „One-Size-Fits-All“-Leitlinie für einen gesunden Idealmenschen erstellt hat, der in Deutschland statistisch gesehen eine Minderheit darstellt. Für den prä-diabetischen Durchschnittsbürger wirken die Empfehlungen wie Brandbeschleuniger.

4. Das Scheitern der Politik: Die Nationale Diabetesstrategie als Farce

Während die Wissenschaft streitet, versagt die Politik im Handeln. Die *Nationale Diabetesstrategie*, einst als Leuchtturmprojekt der Großen Koalition gestartet, ist im Jahr 2025 zu einem Symbol politischen Stillstands verkommen.

4.1 Chronologie eines angekündigten Scheiterns

Bereits im Koalitionsvertrag von 2018 hatten Union und SPD einen nationalen Rahmenplan gegen Diabetes vereinbart. Doch die Umsetzung wurde systematisch verschleppt.

- **Der Blockade-Mechanismus:** Der Ernährungsausschuss des Bundestages erwies sich als Nadelöhr. Insbesondere Teile der CDU/CSU-Fraktion und später der FDP blockierten verbindliche Ziele zur Zuckerreduktion und Werbeverbote. Das Argument war stets die Verteidigung der „unternehmerischen Freiheit“ und die Ablehnung von „Verbotkultur“.¹³
- **SPD-Position:** Gesundheitspolitiker der SPD wie Bärbel Bas zogen zwar rote Linien und verweigerten ihre Zustimmung zu einer „Strategie light“ ohne Ernährungskomponente, doch führte dies faktisch zu einem jahrelangen Stillstand („Hängepartie“), statt zu einem Kompromiss.¹⁴

- **Status 2025:** Auch im Jahr 2025 ist die Strategie in ihren Kernelementen nicht vollumfänglich umgesetzt. Anfragen im Bundestag zeigen, dass weiterhin Unklarheit über die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen herrscht, während Milliarden in das „Disease-Management“ (Verwaltung der Krankheit) fließen.¹⁵

4.2 Die Illusion der Freiwilligkeit: Die NRI

Statt harter Gesetze setzte das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) unter Julia Klöckner (CDU) und später Cem Özdemir (Grüne) auf die Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie (NRI). Diese setzt auf freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie, Zucker, Fett und Salz in Fertigprodukten zu reduzieren.

Verbraucherschützer wie der vzbv und Foodwatch haben diese Strategie 2025 vernichtend evaluiert. Die Reduktionen sind oft kosmetisch, oder Zucker wird durch andere, ebenso problematische Zutaten ersetzt. Ohne staatlichen Zwang und Sanktionen, so das Fazit, bewegt sich die Industrie nur so weit, wie es das Marketing erfordert.¹⁶

4.3 Die verhinderte Zuckersteuer

Ein zentrales Instrument der Prävention, das von der WHO und der DDG gefordert wird, ist die fiskalische Lenkung durch eine Steuer auf zuckerhaltige Getränke (Softdrinks).

- **Evidenz:** Länder wie Großbritannien oder Mexiko haben gezeigt, dass

solche Steuern zu einer signifikanten Reduktion des Zuckerkonsums führen – sei es durch Preiserhöhungen oder durch Reformulierung der Rezepturen durch die Hersteller, um der Steuer zu entgehen.

- **Deutsche Sonderweg:** Deutschland bleibt 2025 eines der wenigen westlichen Länder ohne eine solche Steuer. Die politische Begründung lautet oft, Steuern seien unsozial, da sie einkommensschwache Schichten stärker belasteten. Kritiker entgegnen, dass Diabetes diese Schichten noch viel härter trifft und die Einnahmen aus der Steuer für Subventionen gesunder Lebensmittel (z.B. Obst/Gemüse-Schecks) genutzt werden könnten.

5. Der industrielle Komplex: Lobbyismus im Coca-Cola-Report

Die politische Lähmung ist kein Zufall, sondern das Ergebnis professioneller Einflussnahme. Der *Foodwatch-Report* (aktualisiert diskutiert in 2025) zieht erschreckende Parallelen zwischen der Ernährungsindustrie und der Tabakindustrie des 20. Jahrhunderts.

5.1 Die Strategien der Zweifel

Konzerne wie Coca-Cola und große Süßwarenhersteller nutzen ein ausgefeiltes Playbook, um Regulierung zu verhindern¹⁷:

1. **Framing:** Das Problem wird von „ungesunden Produkten“ auf „mangelnde Bewegung“ verschoben. Durch das Sponsoring von Sportevents und die Finanzierung von Studien, die körperliche Inaktivität als Hauptursache für Adipositas hervorheben (Energy-Balance-Hypothese), wird von der Rolle des Zuckers abgelenkt. Physiologisch ist dies unsinnig, da man gegen eine schlechte Ernährung nicht „an-trainieren“ kann (You can't outrun a bad diet).
2. **Lobbying-Netzwerke:** Die Industrie pflegt engste Kontakte in die Ministerien. Lobbyregister zeigen auch 2024/2025 massive Ausgaben großer Konzerne für die politische Landschaftspflege.¹⁸
3. **Kaperung der Wissenschaft:** Durch die Finanzierung von Lehrstühlen oder Forschungspreisen wird subtil Einfluss auf die wissenschaftliche Diskussion genommen, um einen Konsens über die Schädlichkeit von Zucker zu verhindern oder zumindest zu verwässern.

5.2 Kindermarketing als ethischer Bruch

Besonders perfide ist das Marketing, das sich gezielt an Kinder richtet. Trotz Ankündigungen im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung, Werbung für ungesunde Lebensmittel an Kinder (inklusive Social Media und Influencer-Marketing) zu verbieten, ist das Gesetz 2025 immer noch löchrig.

Foodwatch dokumentiert, wie Fußballstars und YouTube-Idole genutzt werden, um

hochverarbeitete, zuckerhaltige Produkte als Teil eines coolen, aktiven Lebensstils zu inszenieren.¹⁷ Für Kinder, die entwicklungspsychologisch noch nicht in der Lage sind, Werbung kritisch zu reflektieren, ist dies eine manipulative Falle. Die Industrie wehrt sich gegen pauschale Verbote mit dem Argument, man dürfe „Lebensmittel nicht diskriminieren“ – ein Argument, das angesichts der Diabetes-Zahlen bei Jugendlichen zynisch wirkt.

6. Die pharmakologische Flucht: Rettung aus der Spritze?

Während die Prävention scheitert, hat sich die therapeutische Landschaft radikal gewandelt. Die Jahre 2025 und 2026 stehen im Zeichen der breiten Verfügbarkeit von Inkretin-Mimetika.

6.1 Der Siegeszug der Agonisten

Medikamente wie **Semaglutid** (Wegovy/Ozempic) und der neuere, duale Agonist **Tirzepatid** (Mounjaro, Zulassungserweiterung Adipositas 2025) haben die Diabetologie revolutioniert.

- **Wirkung:** Tirzepatid, das sowohl den GLP-1- als auch den GIP-Rezeptor stimuliert, ermöglicht Gewichtsverluste von bis zu 22 % – Werte, die früher nur durch bariatrische Chirurgie (Magenbypass) erreichbar waren.¹⁹
- **Zusatznutzen:** Neueste Daten aus 2025 zeigen, dass diese Substanzen

auch das Risiko für Herzinsuffizienz (HFpEF) um über 40 % senken können.²⁰

6.2 Das ethische und ökonomische Dilemma

Die Verfügbarkeit dieser „Wunderspritzen“ erzeugt ein gefährliches politisches Alibi.

- **Medikalisierung eines gesellschaftlichen Problems:** Wenn Adipositas einfach weggespritzt werden kann, sinkt der Druck auf die Politik, die Ernährungsumgebung zu ändern. Warum Zuckersteuern einführen, wenn es Mounjaro gibt?
- **Kostenexplosion:** Die Behandlungskosten sind enorm. Bei einer Dunkelziffer von 2 Millionen und Millionen weiterer Adipöser wäre eine Kostenübernahme durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der finanzielle Kollaps. Aktuell (Stand 2025) schließt das Sozialgesetzbuch V (SGB V) Lifestyle-Medikamente zur Gewichtsreduktion oft noch aus, was zu einer Zwei-Klassen-Medizin führt: Wer reich ist, wird schlank und gesund; wer arm ist, bleibt krank.²¹
- **Langzeitfolgen:** Kritiker warnen, dass wir die Langzeitfolgen einer jahrzehntelangen Therapie mit diesen Hormonanaloga noch nicht kennen. Zudem führen sie oft zu Muskelabbau, wenn nicht durch Training und proteinreiche Ernährung (widersprüchlich zur DGE-Empfehlung!) gegengesteuert wird.

7. Konklusion und Forderungskatalog: Ein Plädoyer für Realismus

Die Analyse der Situation 2025/2026 zeigt ein Systemversagen auf mehreren Ebenen: Die Wissenschaft (DGE) liefert Modelle statt medizinischer Hilfe, die Politik (Bundestag) liefert Rhetorik statt Gesetze, und die Industrie liefert Krankheit profitabel frei Haus.

Um das RKI-Szenario einer Verdopplung der Diabeteslast bis 2050 abzuwenden, sind radikale Schritte notwendig, die über den bisherigen Konsens hinausgehen:

1. **Reform der DGE-Leitlinien:** Es muss eine explizite „Metabolische Leitlinie“ geben, die sich von den Planetary-Health-Zielen entkoppelt und für Menschen mit Insulinresistenz eine kohlenhydratreduzierte, proteinadäquate Ernährung empfiehlt. Ideologie darf Physiologie nicht schlagen.
2. **Verbindliche Prävention (Hard Law):** Die Zeit der freiwilligen Selbstverpflichtung ist abgelaufen. Eine Zuckersteuer nach britischem Vorbild und ein lückenloses Werbeverbot für Junk-Food im Umfeld von Kindern sind überfällige Maßnahmen des Kinderschutzes.
3. **Nationales Screening-Programm:** Um die Dunkelziffer von 2 Millionen Menschen zu erreichen, muss das HbA1c-Screening verpflichtender Standard bei jedem Arztkontakt ab 35 Jahren werden, finanziert durch die GKV. Früherkennung ist billiger als Spätkomplikationen.

4. **Transparenzregister:** Der Einfluss der Nahrungsmittelindustrie auf Gesetzgebung und Forschung muss durch strikte Compliance-Regeln offengelegt und begrenzt werden.

Deutschland steht vor der Wahl: Entweder es investiert jetzt in unpopuläre, aber wirksame Strukturprävention, oder es bereitet sich darauf vor, in den 2030er Jahren einen erheblichen Teil seines Bruttoinlandsprodukts für die Verwaltung einer vermeidbaren chronischen Krankheit aufzuwenden. Die Daten des Jahres 2025 lassen keinen Raum mehr für Ausreden.

Verwendete Quellen:

- 1 IDF Diabetes Atlas 11th Edition (2025) & Global Stats.
- 3 DDG Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2025 & RKI Surveillance/Prognosen.
- 4 RKI Prävalenzdaten 2022/2050.
- 7 Pädiatrische Diabetologie/Early Onset Type 2.
- 13 Nationale Diabetesstrategie, Politikversagen, vzbv Kritik.
- 10 DGE Leitlinien 2024, DAPM Kritik, Low Carb Kontroverse.
- 17 Foodwatch, Coca-Cola Report, Lobbyismus.
- 19 Semaglutid/Tirzepatide, Pharmakologische Trends, Herzinsuffizienz.

Referenzen

1. Facts & figures - International Diabetes Federation, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. IDF Diabetes Atlas | Global Diabetes Data & Statistics, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://diabetesatlas.org/>
3. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024, Zugriff am Januar 11, 2026, https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2024_Endversion.pdf
4. Journal of Health Monitoring | 3/2025 | Typ-2-Diabetes ... - RKI, Zugriff am Januar 11, 2026, https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/J/Focus/JHealthMonit_2025_03_Diabetes_Progosen.pdf?__blob=publicationFile&v=2
5. Zugriff am Januar 11, 2026, https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2025_final.pdf
6. Europe - Diabetes Atlas, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://diabetesatlas.org/data-by-location/region/europe/>
7. Diabetes in Young People Is on the Rise - CDC, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://www.cdc.gov/diabetes/data-research/research/young-people-diabetes-on-rise.html>
8. Early-onset type 2 diabetes: the next major diabetes transition - PubMed, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40570862/>
9. Youth-Onset Type 2 Diabetes: Update on Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Management Strategies - MDPI, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://www.mdpi.com/2673-4540/6/9/90>
10. (PDF) Kommentar zu den neuen „Lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen für Deutschland“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) - ResearchGate, Zugriff am Januar 11, 2026, https://www.researchgate.net/publication/387119549_Kommentar_zu_den_neuen_Lebensmittelbezogenen_Ernahrungsempfehlungen_fur_Deutschland_der_Deutschen_Gesellschaft_fur_Ernahrung_DGE
11. Neue Ernährungsempfehlungen der DGE sind für große Teile der Bevölkerung problematisch - Deutsche Akademie für Präventivmedizin, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://akaprev.de/wp-content/uploads/2024/03/PRESSEINFORMATION-DAPM-zu-DGE-2024.pdf>
12. deutliche kritik an neuen ernahrungsempfehlungen, Zugriff am Januar 11, 2026, https://111sm.lions.de/c/document_library/get_file?uuid=52a5f90e-50ee-2468-4f56-d541affd8e3f&groupId=55923836
13. Ernährungsausschuss blockiert nationale Diabetesstrategie - News - Deutsches Ärzteblatt, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://www.aerzteblatt.de/news/ernaehrungsausschuss-blockiert-n>

- [ationale-diabetesstrategie-4e725957-bc85-406b-b630-7792660e23c7](#)
14. Diabetesstrategie steht vor dem Scheitern - Ärzte Zeitung, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Diabetesstrategie-steht-vor-dem-Scheitern-405721.html>
 15. Umsetzung der Nationalen Diabetesstrategie - DIP Bundestag, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://dip.bundestag.de/vorgang/umsetzung-der-nationalen-diabetesstrategie/313252?f.deskriptor=Bundesmittel&start=1425&rows=25&pos=1433&ctx=d>
 16. GESTALTENDE ERNÄHRUNGSPOLITIK - Verbraucherzentrale Bundesverband, Zugriff am Januar 11, 2026, https://www.vzvbv.de/sites/default/files/2025-06/25-06-10_Kurzpapier_vzvbv_Gutachten%20Ern%C3%A4hrungspolitik.pdf
 17. Der Coca-Cola-Report | FW DE, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://www.foodwatch.org/de/der-coca-cola-report>
 18. LOBBYING REPORT - The Coca-Cola Company, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://www.coca-colacompany.com/content/dam/company/us/en/policies/pdf/lobbying-disclosure-reports/2024/LD2-lobbying-disclosure-report-Q3-2024.pdf>
 19. Therapie mit Semaglutid (Ozempic oder Wegovy) und Tirzepatid ..., Zugriff am Januar 11, 2026, <https://www.medizinicum.de/therapie-mit-semaglutid-ozempic-oder-wegovy-und-tirzepatid-mounjaro-im-zusammenhang-mit-adipositas-update-2025/>
 20. Neue Adipositas-Medikamente können Herzschwäche-Risiken um über 40 Prozent senken, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://dzhk.de/newsroom/aktuelles/news/artikel/neue-adipositas-medikamente-koennen-herzschwaecherisiken-um-ueber-40-prozent-senken>
 21. Studie zu Medikamenten zur Gewichtsreduktion spricht gegen langfristige Vorteile - EurActiv, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://euractiv.de/news/studie-zu-medikamenten-zur-gewichtsreduktion-spricht-gegen-langfristige-vorteile/>
 22. IDF Diabetes Atlas 2025, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
 23. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2025 - AG Fuß, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://ag-fuss-ddg.de/die-ddg-arbeitsgemeinschaften/diabetischer-fuss/veroeffentlichungen/pressemitteilungen/deutscher-gesundheitsbericht-diabetes-2025>
 24. Rising tide: The global surge of type 2 diabetes in children and adolescents demands action now - NIH, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11099374/>
 25. What We've Learned From Key Youth-Onset Type 2 Diabetes Studies, What We Still Don't Know, and Why It Is Important, Zugriff am Januar 11, 2026, <https://diabetesjournals.org/care/a>

[rticle/48/7/1136/158193/Youth-
et-Type-2-Diabetes-What-We-ve-
Learned](#)

Über den Autor

Ich bin davon überzeugt, dass die Rückkehr zu „Real Food“ der wichtigste Schlüssel ist, um die moderne Diabetes-Epidemie zu stoppen. In dieser Arbeit fließt sowohl analytische Präzision als auch Ernährungswissen ein.



Matthias Stein-Schilling

Dipl. Ing., M.Eng. |

IT-Unternehmer & Daten-Analyst

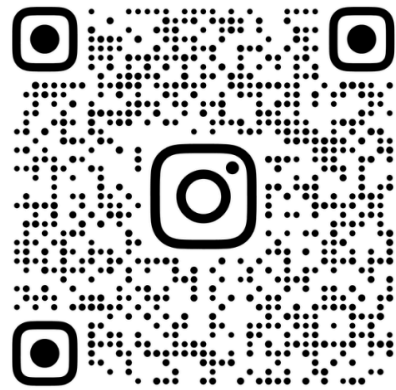
Als selbst von Typ-2-Diabetes Betroffener kennt Matthias die Herausforderungen im Alltag aus erster Hand. Er nutzt seine Expertise in der Datenanalyse, um die komplexen Zusammenhänge der Stoffwechsel-Wissenschaft und die neuen internationalen Leitlinien (wie die US-Wende 2026) verständlich und messbar aufzubereiten. Sein Ziel: Transparenz im Informationsdschungel.

www.diabetesfrei-leben.de

Folge mir auf Instagram oder
Facebook

Instagram: @matthias.diabetesfrei

Facebook: Matthias - diabetesfrei leben



MATTHIAS.DIABETESFREI