

Vorab-Pressekonferenz

16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Termin: Mittwoch, 16. November, 11.00 bis 12.00 Uhr

Link: <https://attendeegotowebinar.com/register/559143870287872780>

Ihre Themen und Referierenden:

Versorgungslandschaft in Deutschland

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG); Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen

Angiologie und Diabetologie: warum sich die Doppelausbildung lohnt

PD Dr. med. Kilian Rittig

Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Praxis mit Schwerpunkt Diabetologie und Gefäßmedizin in Teltow

Mit Diabetes beim Hausarzt: Wann müssen Patientinnen und Patienten zum Gefäß-Check?

Dr. med. Berthold Amann

Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA), Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Franziskus-Krankenhaus Berlin

Diabetisches Fußsyndrom: Betreuung von Betroffenen in Fußnetzen

Dr. med. Dirk Hochlenert

Ambulantes Zentrum für Diabetologie, Endoskopie und Wundheilung Köln

Ernährung und Wunde: was Betroffene beachten müssen und was politisch noch passieren muss

Professor Dr. med. Thomas Skurk

Leiter des Forschungsschwerpunkts Humanstudien am Institute for Food & Health (ZIEL) der Technischen Universität München (TUM)

Moderation: DDG Pressestelle

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

PRESSEMITTEILUNG

**16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)**
24. bis 26. November 2022 in Wiesbaden oder online

Wenn Diabetes die Gefäße schädigt

**Neues zur Prävention, Diagnostik und Therapie vaskulärer Komplikationen bei der
Herbsttagung 2022**

Berlin/Wiesbaden, 16. November 2022 – Bis zu 75 Prozent aller Menschen mit Diabetes sterben an Gefäßerkrankungen wie einem Herzinfarkt oder Schlaganfall. Der Grund: Diabetespatientinnen und -patienten erkranken sehr viel häufiger als Gesunde an einer Arteriosklerose, einer Verengung der Arterien. Bei der 16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), die im Schulterschluss mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) stattfindet, diskutieren mehr als 3 500 Teilnehmende aktuelle Erkenntnisse der Diabetologie und Gefäßmedizin. Die Tagung findet vom 24. bis 26. November 2022 unter dem Motto „Diabetes und Angiologie – auf einem Bein kann man nicht stehen“ als Hybrid-Veranstaltung – in Wiesbaden sowie online – statt.

Menschen mit Diabetes haben ein stark erhöhtes Risiko, an arteriellen Durchblutungsstörungen zu erkranken. Während das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Männern zwei- bis vierfach erhöht ist, haben Frauen sogar ein sechsfach erhöhtes Risiko. „Alle 20 Minuten stirbt in Deutschland ein Patient oder eine Patientin an den meist vaskulär bedingten Folgen der Diabeteserkrankung“, sagt Dr. med. Berthold Amann, Tagungspräsident der DGA. „Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems sind bei Menschen mit Diabetes eine der häufigsten Todesursachen.“

Um durch eine gezielte Behandlung die Durchblutung zu verbessern und so die lebensgefährlichen Folgen zu vermeiden, ist eine rechtzeitige Diagnose unerlässlich. „Oft werden Folgen am Herz- und Gefäßsystem jedoch zu spät entdeckt“, erklärt PD Dr. med. Kilian Rittig, Tagungspräsident der DDG. „Menschen mit Diabetes sollten ihre Blutgefäße daher regelmäßig untersuchen lassen. Im Rahmen der Kontrolluntersuchungen der Disease Management Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 überprüft der Arzt oder die Ärztin frühe Anzeichen für Veränderungen der Gefäße.“ Zudem sollten zu

hohe Blutzucker-, Blutdruck- und Blutfettwerte vermieden werden. Mit einem gesunden Lebensstil können sowohl Diabetespatienten als auch gesunde Menschen ihren Gefäßen etwas Gutes tun. Zu den wichtigsten Maßnahmen zählen eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Bewegung und der Rauchverzicht.

Die Prävention, Diagnostik und Therapie vaskulärer Komplikationen des Diabetes werden im Rahmen der Diabetes Herbsttagung berufsübergreifend diskutiert. „Dabei beleuchten wir unter anderem auch, welchen Stellenwert die Ernährung in der Primär- und Sekundärprävention des Diabetes und dessen Komplikationen hat“, sagt Rittig. „Mit Blick auf die Angiologie steht zudem die Behandlung und Vorbeugung des diabetischen Fußsyndroms im Fokus“, ergänzt Amann.

In rund 60 Symposien und 18 praxisnahen Workshops bietet die Diabetes Herbsttagung Teilnehmenden aus Ärzteschaft, Wissenschaft, Diabetesberatung sowie weiteren Berufsgruppen eine Vielzahl praxisorientierter Themen. Die diesjährige Diabetes Herbsttagung wird als Hybrid-Veranstaltung stattfinden. Teilnehmende, die sich mit Kolleginnen und Kollegen austauschen und vom gesamten Vortragsangebot profitieren möchten, können vor Ort teilnehmen. Einige Vorträge werden live gestreamt, die Teilnahme an Workshops ist jedoch ausschließlich vor Ort in Wiesbaden möglich. Im Nachgang der Tagung sind alle Vorträge sechs Monate digital on demand abrufbar.

Die 16. Diabetes Herbsttagung der DDG beginnt offiziell am Freitag, den 25. November 2022, um 10.30 Uhr mit einer Eröffnungsveranstaltung. Die Jahrestagung der DGA beginnt bereits am 24. November 2022. Das Tagungsprogramm ist im Internet unter www.herbsttagung-ddg.de abrufbar. Interessierte können sich ab sofort direkt online anmelden unter <https://herbsttagung-ddg.de/registrierung/>.

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022:

https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2022_final.pdf

PRESSEMITTEILUNG

**16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)**
24. bis 26. November 2022 in Wiesbaden oder online

Typ-2-Diabetes: unterschiedliche Subtypen – unterschiedliches Risiko

Genauere Kategorisierung schon beim Prädiabetes sinnvoll

Berlin/Wiesbaden, 16. November 2022 – Entgleisungen des Blutzuckerspiegels sind das Hauptmerkmal des Typ-2-Diabetes. Die eigentliche Krankheitslast entsteht jedoch durch Folgeschäden und Komplikationen des Diabetes, die hauptsächlich auf diabetesbedingte Schäden am Blutgefäßsystem zurückgehen: Nieren-, Nerven- und Augenschädigungen zählen ebenso dazu wie ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Diese vaskulären Komplikationen sind ein Schwerpunktthema auf der 16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), die in diesem Jahr in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) stattfindet. Auf der Pressekonferenz zum Kongress am 25. November 2022 diskutieren Experten, welche vaskulären Risiken von den unterschiedlichen Subtypen des Typ-2-Diabetes ausgehen.

Bereits seit Längerem vermuten Diabetologinnen und Diabetologen, dass es sich beim Typ-2-Diabetes nicht um ein einheitliches Krankheitsbild handelt, sondern dass die Ursachen für die gestörte Blutzuckerregulation individuell verschieden sein können. „In den letzten Jahren ist es gelungen, die Heterogenität des Typ-2-Diabetes mit bestimmten individuellen Variablen in Verbindung zu bringen“, sagt Professor Dr. med. Robert Wagner, Leitender Oberarzt an der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Leiter des Klinischen Studienzentrums am Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ), Düsseldorf. Zunächst in Schweden, später auch im Rahmen der groß angelegten German Diabetes Study mit Hauptstandort am DDZ Düsseldorf seien fünf Subtypen des Diabetes identifiziert worden, die sich gerade im Hinblick auf ihr kardiovaskuläres Risiko deutlich unterscheiden.

Für die Subtypisierung wurden nicht nur Variablen herangezogen, die den Zuckerstoffwechsel charakterisieren – wie der Langzeitblutzuckerwert HbA_{1c}, die Insulinproduktion und das Ausmaß der

Insulinresistenz –, sondern auch das Alter bei Diagnose sowie der Body-Mass-Index. „Anhand dieser Variablen konnten die Betroffenen in fünf Gruppen eingeteilt werden, die jeweils einem Diabetes-Subtyp entsprachen“, erläutert Wagner. Drei dieser Subtypen seien als schwerer, zwei als milder Diabetes beschrieben worden.

Besonders auffallend war dabei eine Gruppe mit deutlich reduzierter Insulinproduktion, ähnlich dem autoimmunbedingten Typ-1-Diabetes. In dieser als SIDD (schwerer insulindefizienter Diabetes) bezeichneten Gruppe kam es besonders häufig zu einer diabetischen Retinopathie, einer Schädigung der Augennetzhaut also, die bis zur Erblindung führen kann. Auch das Risiko für eine diabetische Nervenschädigung zum Beispiel in den unteren Extremitäten oder aber an Augen war erhöht. Eine weitere Gruppe umfasste Patientinnen und Patienten mit einem schweren insulinresistenten Diabetes (SIRD). „Viele Patienten mit diesem Subtyp entwickeln bereits sehr früh im Krankheitsverlauf eine diabetische Nierenschädigung“, erläutert Wagner. Nur fünf Jahre nach der Diabetesdiagnose sei fast ein Viertel der SIRD-Gruppe von dieser schwerwiegenden Folgeerkrankung betroffen gewesen.

Ohnehin ist die Komplikationsrate bei Menschen mit Diabetes Typ 2 bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnose sehr hoch: Rund ein Drittel weist dann bereits Diabetes-typische Schädigungen auf. Das deutet nicht nur darauf hin, dass die Diagnose Typ-2-Diabetes häufig zu spät gestellt wird. „Es zeigt auch, dass die gesundheitlichen Folgen des sogenannten Prädiabetes bislang unterschätzt werden. Viele Patienten verharren lange in diesem Vorläuferstadium des Typ-2-Diabetes“, sagt Wagner. „Bereits in dieser Phase kann es zu Komplikationen kommen, die unbehandelt schwerwiegende Auswirkungen haben können.“ Im vergangenen Jahr konnten Forschende unter Wagners Federführung sowie Mitwirken von Professor Dr. med. Andreas Fritsche, Vizepräsident der DDG, zeigen, dass bei Menschen mit Prädiabetes die Stoffwechsel-Entgleisungen sehr heterogen sind. Auch hier lassen sich Subtypen identifizieren, die sich in Bezug auf ihr kardiovaskuläres Risiko unterscheiden. Eine solche Subtypisierung könne nicht nur dabei helfen, die Betroffenen anhand ihres individuellen Risikoprofils zielgerichteter zu behandeln und schwerwiegende Komplikationen möglichst zu vermeiden, so Wagner. „Das kardiovaskuläre Risiko genauer abschätzen zu können, ist auch im Hinblick auf einen gezielten Einsatz der therapeutischen Ressourcen wichtig.“ Angesichts einer weltweiten Prädiabetes-Prävalenz von mindestens 20 Prozent sei es notwendig, die begrenzten und teuren Präventionsmaßnahmen auf die Hochrisikogruppen zu fokussieren, die am meisten davon profitierten.

Auf der Pressekonferenz werden Expertinnen und Experten der DGG und der DGA zur interdisziplinären Versorgung des Diabetes Stellung nehmen – was funktioniert bereits und was nicht? – sowie einen Überblick über Innovationen bei der Wundbehandlung und bei der Revaskularisation geben. Auch über das für die Betroffenen besonders belastende Thema der Amputation wird diskutiert: Wann ist ein solcher Eingriff wirklich nötig und wie kann eine ärztliche Zweitmeinung dazu beitragen, die Zahl der Amputationen zu senken?

Quellen:

Schlesinger, S., Neuenschwander, M., Barbaresko, J., et al. Prediabetes and risk of mortality, diabetes-related complications and comorbidities: umbrella review of meta-analyses of prospective studies. *Diabetologia* 65, 275–285 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05592-3>

Wagner, R., Heni, M., Tabák, A.G., et al. Pathophysiology-based subphenotyping of individuals at elevated risk for type 2 diabetes. *Nat Med* 27, 49–57 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1116-9>

PRESSEMITTEILUNG

**16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)**
24. bis 26. November 2022 in Wiesbaden oder online

Wunden beim Typ-2-Diabetes: welche Rolle die Ernährung spielt

Berlin/Wiesbaden, 16. November 2022 – Chronische Wunden sind eine der vielen Folgeerkrankungen des Typ-2-Diabetes, die für die Patientinnen und Patienten mit einem hohen Leidensdruck verbunden sind. Wie groß das Risiko für die Entstehung schlecht heilender Wunden ist, hängt – wie bei vielen Diabetesfolgen – auch von der Ernährung ab. Welchen Einfluss aber hat die Ernährung auf bereits bestehende Wunden und worauf sollten Wundpatienten achten? Diese und andere Fragen rund um die chronische Wunde bei Diabetes mellitus werden auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz zur 16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) beleuchtet.

Hauptziel der Diabetesbehandlung ist eine gute Stoffwechselkontrolle. Wenn der Blutzucker durch das Zusammenspiel von Ernährung, Bewegung und eventuellen Medikamenten optimal eingestellt ist, vermindert das nicht nur das Gefäßrisiko, sondern es sorgt auch dafür, dass die Nervenfunktion erhalten bleibt. „Beide Faktoren, die Schädigung von Nerven und von Blutgefäßen, tragen entscheidend zur Entstehung chronischer Wunden bei“, sagt Professor Dr. med. Thomas Skurk, Leiter des Forschungsschwerpunkts Humanstudien am Institute for Food & Health (ZIEL) der Technischen Universität München (TUM). Die verminderte Sensibilität in den Füßen, die mit der zuckerbedingten Nervenschädigung einhergeht, steigert das Risiko für Verletzungen und sorgt dafür, dass diese nicht sofort von Betroffenen bemerkt werden. Eingeschränkte Gefäßfunktion und Mangel durchblutung wiederum führen dazu, dass Geschwüre entstehen, die nicht oder nur schwer verheilen.

Wenn bereits eine chronische Wunde besteht, ist die Rolle der Ernährung nicht mehr so leicht zu fassen. Denn auch wenn viele Diabetes-Typ-2-Betroffene übergewichtig sind, weisen etliche zugleich eine Mangelernährung auf. „Viele Patienten sind mit bestimmten Nährstoffen unterversorgt, die für die Immunabwehr und für die Wundheilung wichtig sind“, betont Skurk. Das gelte nicht nur für

geriatrische Patienten, wenngleich das Risiko bei diesen besonders hoch sei. Um den Mangel nicht zu verschärfen, eine ausreichende Energiezufuhr zu sichern und den Allgemeinzustand zu erhalten, sei nicht immer eine rasche Gewichtsreduktion möglich.

Gerade bei großflächigen Wunden kommen noch andere Probleme hinzu, die sich unmittelbar auf die Ernährung auswirken. „Hier kann es durch Wundsekrete zu einem ausgeprägten Flüssigkeits- und Eiweißverlust kommen, der ausgeglichen werden muss“, sagt Skurk. Bei der Erhöhung der Trinkmenge sowie bei einer proteinreichen Ernährung müssten jedoch zugleich auch andere häufige Diabetes-Komplikationen wie Herz- oder Nierenerkrankungen im Blick behalten werden. Versuche, die Wundheilung mithilfe bestimmter Aminosäuren, Vitamine oder Mineralstoffe zu verbessern, hätten bislang nicht zum Durchbruch geführt, so der Münchener Experte weiter. Ein nachgewiesener Nährstoffmangel sollte jedoch in jedem Fall ausgeglichen werden.

Ob und wie sich die Heilung bereits bestehender Wunden durch solche Ernährungsinterventionen fördern lässt, ist noch unklar, denn Studien zu diesem Thema sind rar. „Lokale Maßnahmen wie Wundsäuberung, Wundabdeckung und Infektionskontrolle sind für den Heilungsprozess sicher entscheidender“, so Skurk. Das größere Potenzial für einen Ernährungseffekt liege vorwiegend in der Prävention. Alles, was dabei helfe, einen Typ-2-Diabetes gar nicht erst entstehen zu lassen – also eine gesunde, ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung –, trage auch dazu bei, chronische Wunden zu verhindern, auch und vor allem wenn bereits ein Typ-2-Diabetes bestehe.

Was zu einem gesunden Lebensstil gehört, ist den meisten Menschen bekannt. Dennoch fällt es vielen Menschen nicht leicht, Sport oder regelmäßige Spaziergänge in den Alltag zu integrieren und auf hochkalorische Snacks zu verzichten. „Hier ist auch die Politik gefragt, den Menschen die Entscheidung für gesunde und gegen ungesunde Verhaltensweisen zu erleichtern“, sagt PD Dr. med. Kilian Rittig, niedergelassener Diabetologe in Teltow bei Berlin und Tagungspräsident der DDG. Zu den konkreten Maßnahmen, die die DDG im Rahmen der Nationalen Diabetesstrategie fordert, zählen die Einführung einer „gesunden Mehrwertsteuer“ – mit steuerlicher Entlastung für gesunde sowie Steuererhöhungen auf ungesunde Lebensmittel – sowie eine verpflichtende Kennzeichnung mit dem Nutri-Score für alle Lebensmittel. „Weil die Weichen für einen gesunden Lebensstil bereits im Kindesalter gestellt werden, sollte besonderes Augenmerk zudem auf Kita und Schule liegen“, betont Rittig. So empfiehlt die DDG etwa, verbindliche Standards für eine gesunde Kita- und Schulverpflegung zu formulieren, täglich eine



Stunde Bewegung in die Stundenpläne einzubauen und ungesunde Lebensmittel für Kinder mit einem umfassenden Werbeverbot zu belegen.

Weitere Informationen:

<https://www.ddg.info/presse/breites-buendnis-um-starkoch-jamie-oliver-fordert-umfassenden-schutz-von-kindern-gegen-junkfood-werbung-rund-40-organisationen-machen-druck-auf-die-ampel-koalition>

STATEMENT

Diabetes – Versorgungslandschaft in Deutschland

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG); Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen

Die Versorgung von Menschen mit Diabetes erfolgt in Deutschland im Wesentlichen in allen drei Versorgungsebenen:

- 1) Auf hausärztlicher Ebene (Ebene 1) (inklusive hausärztlich niedergelassener Internistinnen und Internisten):

Diese circa 60 000 Ärztinnen und Ärzte versorgen 80 bis 90 Prozent der Menschen mit Diabetes permanent. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt betreut somit rund 100 Patientinnen und Patienten mit Diabetes, davon zwei bis fünf Menschen mit Typ-1-Diabetes. In vielen hausärztlichen Praxen sind Diabetesassistentinnen und -assistenten oder Diabetesberaterinnen und -berater angestellt, die Schulungsaufgaben, aber auch zum Teil mit weisungsgebundener Kompetenz Hausbesuche im Delegationsverfahren eigenständig bei immobilen Menschen mit Diabetes durchführen. Die Möglichkeit einer ärztlichen Weiterbildung, insbesondere im Rahmen der strukturierten Therapie- und Schulungsprogramme für Typ-2-Diabetes und Hypertonie, ist gegeben. In manchen Bundesländern gibt es eine Weiterbildung zum diabetologisch qualifizierten Hausarzt (1).

- 2) In Diabetes-Schwerpunktpraxen (Ebene 2):

Bundesweit gibt es rund 1 100 diabetologische Schwerpunktpraxen. Zehn bis 20 Prozent der Menschen mit Diabetes bedürfen permanent oder vorübergehend einer Versorgung in einer Schwerpunktpraxis (SPP) oder Krankenhausambulanz. Es gibt circa 1 100 SPP, meist von einer Diabetologin DGG oder einem Diabetologen DDG geführt. Eine SPP betreut durchschnittlich circa 600 Menschen mit Diabetes (400 bis 1 000). Auf 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner ist mit 6 000 bis 8 000 Menschen mit Diabetes zu rechnen, davon circa 1 500 insulinbehandelte. Wenn zehn Prozent der Patienten die Inanspruchnahme einer SPP brauchen, errechnet sich ein Bedarf von einer SPP auf circa 50 000 bis 100 000 Einwohner für eine gute wohnortnahe Versorgung. Dies entspricht in etwa der Zahl von 1 100 SPP für 80 Millionen Einwohner. Allerdings bestehen regional erhebliche Unterschiede und teilweise auch deutliche Versorgungsdefizite (1).

- 3) Durch stationäre Diabetesversorgung (Ebene 3):

Bei Notfällen, Einstellungsproblemen und schweren Komplikationen ist eine stationäre Aufnahme notwendig. Diese sollte in Kliniken mit entsprechender Qualifikation erfolgen:

Eine entsprechend qualifizierte Klinik sollte für 200 000 bis 400 000 Einwohner zur Verfügung stehen. Die Qualitätskriterien der DDG für Typ-1- und Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker erfüllen (Stand 2021) 304 stationäre Einrichtungen (davon 140 mit ambulanten Einrichtungen). Ausschließlich für Typ 2 sind es 43 Einrichtungen, für Pädiatrie 74 (zertifiziertes Diabeteszentrum DDG). Zusätzlich haben die Kriterien der DDG für die weiterführende Qualifikation mit obligatem Qualitätsmanagement (Diabetologikum DDG) aktuell 93 stationäre Einrichtungen für Typ-1- und Typ-2-Diabetes erworben; davon sieben mit ambulanten Einrichtungen (Stand 2021), für Typ 2 sind es drei Einrichtungen und für Pädiatrie sieben.

Seit 2013 existiert das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“. Ziel ist hier, die Versorgung von Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes in Krankenhäusern zu verbessern, wenn sie sich etwa wegen eines Eingriffs an Hüfte oder Herz dorthin begeben. Rund 2,1 Millionen Betroffene mit der Nebendiagnose Diabetes werden jährlich statistisch erfasst; die Dunkelziffer nicht codierter Nebendiagnosefälle liegt deutlich höher. 2021 waren 97 Kliniken zertifiziert. Für die Versorgung der Fußprobleme (circa 240 000 Patienten mit Fußverletzungen in Deutschland) und zur Verhinderung von Amputationen (über 40 000 pro Jahr) wurden von der DDG die Qualitätsstandards für die Einrichtungen definiert (1).

Eine bessere transsektorale Vernetzung der drei Versorgungsebenen ist wünschenswert und wichtig, nicht nur, um die Versorgung der Menschen mit Diabetes zu verbessern, sondern auch um unnötige Kosten im Gesundheitswesen zu sparen. Die DDG arbeitet hier an Verbesserungen und hofft, dass durch die weitere Digitalisierung im Gesundheitswesen die bessere Vernetzung der drei Versorgungsebenen möglich wird.

Die Versorgungssituation der Menschen mit Diabetes wird sich in Deutschland möglicherweise in den nächsten Jahren verschlechtern. Grund hierfür ist eine „Scherenproblematik“, die sich dadurch erklärt, dass einerseits die Zahl der Menschen mit Diabetes jährlich um circa 550 000 in Deutschland zunimmt, andererseits mehr als die Hälfte der für diese Menschen in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte weit älter als 50 Jahre ist und es hier ein Nachwuchsproblem (siehe unten) gibt (2). Im stationären Sektor wird es auch zunehmend Engpässe in der Versorgung geben: Jeder fünfte Patient im Krankenhaus hat Diabetes (teils unerkannt!); 18 Prozent aller stationär behandelten Patienten in Deutschland leiden unter dieser Krankheit. Demgegenüber stehen immer weniger Betten in endokrinologischen/diabetologischen Fachabteilungen in den Krankenhäusern: Ständen 2017 noch 913 Betten zur Verfügung, sank die Zahl 2019 auf 501 (3). Die sinkende Bettenzahl hat

bedrohlicherweise auch zur Folge, dass weniger Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Diabetologie für Menschen in diabetesbezogenen Gesundheitsberufen in allen drei Versorgungsebenen zur Verfügung stehen werden.

Die DDG hat deshalb in ihren Empfehlungen zur Nationalen Diabetesstrategie die folgenden Forderungen zur Sicherung der Versorgung von Menschen mit Adipositas und Diabetes und des diabetologischen Nachwuchses gestellt:

- Erhalt und Ausbau der klinischen Lehrstühle und Behandlungskapazitäten im Bereich der Diabetologie und Endokrinologie an jeder medizinischen Fakultät. An den derzeit 37 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland ist das Fach Diabetologie nur noch mit acht bettenführenden Lehrstühlen repräsentiert (4).
- Sicherung eigenständig geführter diabetologischer Fachabteilungen in jeder Klinik der Maximalversorgung
- Erweiterung der Bereiche Diabetologie/Endokrinologie in den Curricula der Medizinstudierenden
- bessere Abbildung der sogenannten sprechenden Medizin beziehungsweise Diabetologie – insbesondere für vulnerable Gruppen (Kinder und vielfach erkrankte [multimorbide] ältere Menschen)
- Erweiterung des Disease Management Programms (DMP) Diabetes mellitus zu DMPplus Diabetes in Verknüpfung mit der elektronischen Patientenakte und der elektronischen Diabetesakte (inklusive eines bundesweiten Diabetesregisters). In Deutschland gibt es leider kein einheitliches Diabetesregister. 2019 hat das Robert Koch-Institut (RKI) erstmals eine Diabetes-Surveillance vorgestellt, die sich aus unterschiedlichen Datenquellen speist, jedoch kein vollständiges Register darstellt.
- Implementierung eines DMP Adipositas unter Berücksichtigung der bewährten diabetologischen Strukturen (Behandlungs- und Schulungsteams). Diesbezüglich ist der Gemeinsame Bundesausschuss nun beauftragt, bis Sommer 2023 ein DMP Adipositas zu implementieren.

Um den Standard der Diabetesversorgung in Deutschland zu halten und eine Verschlechterung der Versorgungssituation zu vermeiden, müssen in der Versorgungslandschaft die Strukturvoraussetzungen für die transsektorale Versorgung auf allen Ebenen verbessert werden, die epidemiologische Scherenproblematik muss bewusst werden und es müssen hier Maßnahmen zur Verbesserung umgesetzt werden. Neben der dringend notwendigen Nachwuchsrekrutierung müssen

*Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)
Mittwoch, 16. November 2022, 11.00 bis 12.00 Uhr*

vor allem im Krankenhaussektor die Versorgungsmöglichkeiten und Angebote verbessert werden. Die DDG sieht weiter in der Digitalisierung eine große Chance, die Prozess- und Ergebnisqualität in der Versorgung entscheidend zu verbessern.

Quellen:

- 1) Versorgungsstrukturen, Berufsbilder und professionelle Diabetesorganisationen in Deutschland. Erhard G. Siegel und Eberhard G. Siegel. In: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 – Die Bestandsaufnahme, Kirchheim Verlag. Mainz, S. 200 ff.
- 2) Reichert D et al. Ambulante Diabetesversorgung in Deutschland – Ergebnisse einer Strukturerhebung in diabetologischen Praxen und Einrichtungen. Diabetologie 2018; 13(02): 167-173; DOI: 10.1055/a-0578-8296
- 3) Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Empfehlungen der DDG zur Nationalen Diabetesstrategie: Welche konkreten Maßnahmen müssen nun folgen?
<https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitspolitische-veroeffentlichungen>
- 4) Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem. Drs. 9192-21. Köln, Juli 2021.
<https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>



Fact Sheet Diabetes DDG 3/2022

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Tübingen, November 2022

STATEMENT

Angiologie und Diabetologie: warum sich die Doppelausbildung lohnt

PD Dr. med. Kilian Rittig

Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Praxis mit Schwerpunkt Diabetologie und Gefäßmedizin in Teltow

Die diesjährige DDG Herbsttagung, die gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie stattfindet, steht unter dem Motto „Diabetologie und Angiologie – auf einem Bein kann man nicht stehen“.

Dieses Motto ist bewusst zweideutig gewählt und unterstreicht zum einen die Bemühungen beider Fachgesellschaften, Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom (DFS) zu verhindern, zum anderen soll damit jungen Kolleginnen und Kollegen die Ergreifung der Doppelausbildung nahegebracht werden.

In ihren Anfängen war die Angiologie ein meist stiefmütterlich behandeltes Gebiet, das in der Regel in der Kardiologie angesiedelt war. Auch die Diabetologie wurde lange Zeit als Teil der Endokrinologie beziehungsweise Gastroenterologie verstanden.

Spätestens mit der Gründung der DDG 1965 und der DGA 1972 haben diese beiden Fächer ein eigenständiges Gesicht erhalten.

Die Berührungen dieser beiden Gebiete waren zunächst jedoch gering.

Mittlerweile haben zwischen einem Viertel und einem Drittel aller stationär in Deutschland behandelten Patientinnen und Patienten einen Diabetes mellitus als Haupt oder Nebendiagnose – Tendenz steigend. Zudem weist circa die Hälfte aller Menschen mit Diabetes bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung Schädigungen der großen Gefäße auf. Hierbei ist wiederum die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) der Beine *die* Indikatorerkrankung für die Atherosklerose; geht sie doch in zwei Dritteln der Fälle mit anderen makrovaskulären Erkrankungen wie Durchblutungsstörungen des Herzens oder der das Gehirn versorgenden Halsschlagadern einher.

Angiologie und Diabetologie sind also im klinischen Alltag nicht getrennt voneinander zu denken.

Viel zu häufig allerdings leben diese beiden Entitäten – so sie denn überhaupt an einer Klinik als Fachabteilung vertreten sind – nebeneinander her.

Dabei ist es dringend erforderlich, dass Menschen mit einem Diabetes regelmäßig auf das Vorhandensein einer Atherosklerose gescreent werden; umgekehrt: Menschen mit einer atherosklerotischen Erkrankung müssen auf einen Diabetes mellitus getestet werden.

Zudem ist es immer noch nicht selten der Fall, dass Patienten mit Diabetes und klinisch manifester Atherosklerose nicht die für diesen Fall indizierten, modernen Antidiabetika erhalten.

Die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit dieser Gebiete wird mit diesem Kongress betont.

*Vorab-Presskonferenz im Rahmen der
16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)
Mittwoch, 16. November 2022, 11.00 bis 12.00 Uhr*

Die Doppelausbildung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes – Angiologie und Diabetologie – kommt aber nicht nur der Qualität der Versorgung unserer Patienten zugute.

Die Erkenntnis der Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit dieser Fächer wird auch darin deutlich, dass immer mehr Krankenhäuser die Angiologie und die Diabetologie in einer Fachabteilung oder aber in Zentren vereinen. Auch die aktuelle Ausschreibung eines Lehrstuhls für Diabetologie und Angiologie an der Universität Mannheim trägt dieser Entwicklung Rechnung.

Somit stellt die Doppelausbildung auch eine zukunftsweisende Perspektive dar, mit interessanten beruflichen Aufstiegschancen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Teltow, November 2022

STATEMENT

Mit Diabetes beim Hausarzt: Wann müssen Patientinnen und Patienten zum Gefäß-Check?

Dr. med. Berthold Amann

Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA), Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Franziskus-Krankenhaus Berlin

Verengungen und Verschlüsse der Becken- und Beinschlagadern sind eine typische und häufige Folgeerkrankung des Diabetes mellitus und sind die führende Ursache für Amputationen an Ober-, Unterschenkel und Fuß. Die Krankheit heißt periphere arterielle Verschlusskrankung (PAVK). Amputationen werden auch 30 Jahre nach der Deklaration von St. Vincent bei Diabetikerinnen und Diabetikern weitaus häufiger durchgeführt als bei Nichtdiabetikern: Über 70 Prozent der Amputationen an Zehen, Füßen und Beinen werden bei Diabetespatienten durchgeführt, in Deutschland pro Jahr über 30 000. Die Durchblutung spielt die entscheidende Rolle beim Erhalt der Extremität. Das Wissen über Vorliegen und Ausmaß einer Durchblutungsstörung der Beine ist deshalb ganz entscheidend für die Prognose einer Extremität beim Diabeteskranken. Insbesondere gilt das, wenn bereits eine Wunde am Fuß (diabetisches Fußsyndrom) aufgetreten ist. Und beim Typ-2-Diabetes, und das sind über 90 Prozent der Diabetespatientinnen und -patienten in Deutschland, liegt bereits bei Erstdiagnose des Diabetes bei 40 Prozent eine (meist asymptomatische) PAVK vor. Sechs bis sieben Millionen Menschen in Deutschland haben Diabetes, neun Millionen eine PAVK, sechs Millionen beides.

Nach einer neuen britischen Studie (Normahani et al. 2021) könnte eine frühe Duplexsonografie der Beinschlagadern die Amputationsrate um 24 Prozent verringern.

Die Messung der arteriellen Beindurchblutung und die Diagnose PAVK sind nicht trivial. Bei Diabetes findet sich häufig (30 bis 60 Prozent) eine Nervenstörung (diabetische Neuropathie), damit fehlt das Warnsymptom „Schmerz“ auch bei schweren Durchblutungsstörungen. Das heißt, dass es ohne Vorwarnung, quasi aus heiterem Himmel, bei auch nur kleiner Verletzung zur rasanten Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms kommt. Dann werden Notfalleingriffe zur Wiederherstellung der Durchblutung notwendig – analog zum Herzinfarkt sprechen wir hier vom Notfall „Beininfarkt“. Die diabetische Mediasklerose ist eine kalkige Verhärtung der Schlagadern am Unterschenkel – damit ist die klassische Methode der Durchblutungsmessung, nämlich die Blutdruckmessung am Knöchel, nicht mehr aussagefähig: Es werden „normale“ Blutdrücke am Bein gemessen, obwohl eine Durchblutungsstörung vorliegt, und Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt wiegen sich in falscher Sicherheit.

Die optimale Methode zur Durchblutungsdiagnostik bei Diabetes und damit zur Früherkennung von Risikopatienten für Amputationen ist Gegenstand lebhafter Diskussionen – im besten Fall ist die Methode schnell, sicher – Kolleginnen und Kollegen der EASD haben 2016, das englische NICE-Institut 2018 jeweils Übersichten verfasst, die mit guter Evidenz die Ultraschallmethode der Duplexsonografie empfehlen, aber andere Methoden (Plethysmografie, Blutdruck am Knöchel, am Zeh, Sauerstoffdruckmessung et cetera) im Kontext von Diabetes als unzuverlässig oder zu aufwendig einstufen. Deshalb laufen auch gerade in Großbritannien Methodenvergleichsstudien, die auch unsere Empfehlungen beeinflussen werden.

(PD Dr. Caspary aus Hannover stellt in seinem Vortrag die Methoden der Durchblutungsmessung vor, geht auf ihre teilweise diskrepanten Ergebnisse ein und fasst unter Einschluss der neuesten Untersuchungen zusammen.)

Die Diagnose einer Durchblutungsstörung beim Diabeteskranken ist nicht trivial.

- Jeder Patient mit Diabetes soll zeitnah zur Diagnosestellung des Diabetes eine Untersuchung der Beinschlagadern erhalten (Fußpuls tasten, Knöchel-Arm-Index-Bestimmung).
- Bei pathologischem Befund soll das Ausmaß der vermuteten PAVK eingeschätzt werden:
 - Die zuverlässigste und risikoärmste Methode hierfür ist die Duplex-Ultraschalluntersuchung – wenn diese nicht zur Verfügung steht, können auch dopplersonografische (Knöchel-Arm-Index) und Zehenwellenformanalysen durchgeführt werden.
 - Arteriosklerotischer Befall der Beinschlagadern muss die Untersuchungen weiterer Gefäßregionen nach sich ziehen (Halsschlagader, Bauchschlagader, eventuell Herzkranzgefäße), und der Patient muss als Hochrisikopatient für einen Herzinfarkt eingestuft und behandelt werden.
- Spätestens bei Auftreten einer Fußwunde muss eine zuverlässige Aussage über die Durchblutung vorzugsweise mittels Duplexsonografie erfolgen. Diese Untersuchung kann auch den Behandlungsmodus der Durchblutungsstörung leiten (Kathetereingriff mit Aufdehnung versus Operation der Gefäße).
- Und nach Behandlung einer Durchblutungsstörung können Rezidive ebenfalls mittels Duplexsonografie gut erkannt und vorbeugend behandelt werden – hier sind zumindest jährliche Duplexsonografien sinnvoll.

Regelmäßige strukturierte Doppler- und Ultraschalluntersuchungen der Beinschlagadern verhindern Amputationen. Ein Großteil dieser Empfehlungen findet sich auch in den neuen Praxisempfehlungen 2022 der DDG und der DGA-Leitlinie PAVK (Erscheinungsdatum 2023) wieder. Die Umsetzung (rascher Zugang zur Duplexsonografie!) liegt vor allem an der Ärzteschaft, an besserer Vernetzung – Stichwort Fußnetz, hier sind unsere Facharztgruppen (Angiologinnen und Angiologen, Diabetologinnen und Diabetologen) gefragt – und eine Doppelqualifikation wäre hilfreich!

Der Großteil der Diabeteskranken wird aber von der Hausärztin/vom Hausarzt betreut.

Für die hausärztliche Praxis wichtig: Die kostengünstige Screeningmethode Knöchel-Arm-Index (KAI) ist in der Hausarztpraxis keine Kassenleistung, obwohl prognostisch hoch relevant! Hier ist eine Änderung dringlich – die Bestimmung des KAI ist genauso wie ein EKG eine unverzichtbare Basisdiagnostik, die auch als kassenfinanzierte Leistung flächendeckend angeboten werden muss.

Literatur:

Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2022: Positionspapier zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) bei Menschen mit Diabetes mellitus. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA), der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR) sowie der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG). *Diabetologie* 2022; 17 (Suppl 2): S354-S364. DOI:10.1055/a-1908-0612.

S3-Leitlinie Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Diagnostik, Therapie und Nachsorge.
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/065-003>

Peripheral Arterial Disease: Diagnosis and Management: [A] Evidence review for determining diagnosis and severity of PAD in people with diabetes. No authors listed. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Feb. NICE Evidence Reviews Collection. PMID: 31804787, Bookshelf ID: NBK550332.

Normahani P, Epstein DM, Gaggero A, Davies AH, Sounderajah V, Jaffer U. Cost-Effectiveness of Diagnostic Tools to Establish the Presence of Peripheral Arterial Disease in People with Diabetes. *Ann Surg*. 2021 Feb 12. doi: 10.1097/SLA.0000000000004815. Epub ahead of print. PMID: 33630439.

Brownrigg JR, Hinchliffe RJ, Apelqvist J, Boyko EJ, FitrIDGE R, Mills JL, Reekers J, Shearman CP, Zierler RE, Schaper NC; International Working Group on the Diabetic Foot. Effectiveness of bedside investigations to diagnose peripheral artery disease among people with diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016 Jan;32 Suppl 1:119-27. doi: 10.1002/dmrr.2703. PMID: 26342170.

*Vorab-Presskonferenz im Rahmen der
16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)
Mittwoch, 16. November 2022, 11.00 bis 12.00 Uhr*

Azzopardi YM, Gatt A, Chockalingam N, Formosa C. Agreement of clinical tests for the diagnosis of peripheral arterial disease. *Prim Care Diabetes*. 2019 Feb;13(1):82-86. doi: 10.1016/j.pcd.2018.08.005. Epub 2018 Sep 7. PMID: 30201222.

Stoekenbroek RM, Ubbink DT, Reekers JA, Koelemay MJ. Hide and seek: does the toe-brachial index allow for earlier recognition of peripheral arterial disease in diabetic patients? *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015 Feb;49(2):192-8. doi: 10.1016/j.ejvs.2014.10.020. Epub 2014 Dec 13. PMID: 25516530.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2022

STATEMENT

Diabetisches Fußsyndrom: Betreuung von Betroffenen in Fußnetzen

Dr. med. Dirk Hochlenert

Ambulantes Zentrum für Diabetologie, Endoskopie und Wundheilung Köln

In der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (DFS) sind besonders viele Berufsgruppen wie Ärztinnen und Ärzte verschiedener Disziplinen, Podologinnen und Podologen sowie Orthopädieschuhmacherinnen und -schuhmacher beteiligt. Die gemeinschaftliche Betreuung einzelner Patientinnen und Patienten ist eine Herausforderung, der sich regionale Netzwerke stellen. Hier wird die Zusammenarbeit intensiv gepflegt. Seit 2002 wurden in Deutschland acht regionale Fußnetze aufgebaut, die eine einheitliche Qualitätssicherung betreiben. Dazu gehören die Ausbildung der beteiligten Personen, Mindeststandards der Einrichtungen und eine Datenerhebung mit Vergleichen, die in Qualitätszirkeln diskutiert wurden. Im Rahmen der Gesetzesinitiative zur Integrierten Versorgung (IV) 2005 erhielten diese Netze Selektivverträge. 2021 wurden über 20 000 Menschen in diesen Netzwerken behandelt. Im Verlauf wurden Patienten immer frühzeitiger im Krankheitsgeschehen betreut (28 Prozent mit Knochenbeteiligung => zehn Prozent). Amputationen (oberhalb des Knöchels 2,8 Prozent => 0,4 Prozent) konnten erheblich reduziert werden. Patienten waren mit der Betreuung zufrieden (98 Prozent) und haben die Netzwerke weiterempfohlen. Die zuerst in der Netzwerkregion Leverkusen festgestellte bevölkerungsbezogene Reduktion von Amputationen (1) konnte um fünf bis zehn Jahre versetzt auch in anderen Regionen nachgewiesen werden (2). Ausbildungsgänge und Behandlungstechniken, die in den Netzwerken entwickelt wurden, werden inzwischen breit eingesetzt, wie beispielsweise die standardisierte Entastung mit Filz oder die Korrektur der Zehenstellung mit Durchtrennung von Sehnen mit einer Blutabnahmenadel. Die Finanzierung der Netze ist aber durch Kündigung der IV-Verträge seit 2019 an vielen Orten ausgelaufen und die Netze befinden sich teilweise in Auflösung.

Quellen:

- 1) Trautner C, Haastert B, Mauckner P, Gätcke LM, Giani G. Reduced Incidence of Lower-Limb Amputations in the Diabetic Population of a German City, 1990–2005. *Diabetes Care* 2007; 30(10):2633-7.
- 2) Claessen H, Avalosse H, Guillaume J, Narres M, Kvitkina T, Arend W, Morbach S, Lauwers P, Nobels F, Boly J, Van Hul C, Doggen K, Dumont I, Felix P, Van Acker K, Icks A. Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium. *Diabetologia* 2018; 61(9):1966-1977.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Köln, November 2022

STATEMENT

Ernährung und Wunde: was Betroffene beachten müssen und was politisch noch passieren muss

Professor Dr. med. Thomas Skurk

Leiter des Forschungsschwerpunkts Humanstudien am Institute for Food & Health (ZIEL) der Technischen Universität München (TUM)

Diabetes mellitus Typ 2 ist ein häufiges Phänomen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für Begleiterkrankungen. Neben den häufig zitierten Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall sind es aber auch gerade chronische Wunden, die einen hohen Leidensdruck erzeugen. Dabei sind es zum einen der Verlust der Sensibilität insbesondere an den Füßen, aber auch Veränderungen am Gefäßsystem, die zum Beispiel aufgrund einer Mangeldurchblutung zu Geschwüren nicht nur an den Füßen führen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten richtete sich dann häufig nach den Symptomen, die oft eine antibiotische oder eine chirurgische Therapie notwendig machen können. Allerdings stellt das Krankheitsbild in jeder Phase auch Anforderungen an eine angepasste Ernährungsstrategie.

Die Verbesserung der Stoffwechselkontrolle spielt dabei eine zentrale Rolle für die Reduktion jeglicher Diabeteskomplikationen. Neben Störungen der Nervenfunktion vermindert eine optimale Blutzuckereinstellung auch das allgemeine Gefäßrisiko. Im Sinne einer guten Wundheilung ist eine ausreichende Durchblutung absolut notwendig, um auch die Infektabwehr zu verbessern. Ein schlechter Ernährungszustand trägt entscheidend zur Schwächung der Abwehrkräfte bei und ist nicht nur bei geriatrischen Patienten zu bedenken. Zunächst ist somit die Gewährleistung einer ausreichenden Energiezufuhr unabdingbar, um einen guten Allgemeinzustand zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Verhinderung einer Mangelernährung kann bereits viele Probleme reduzieren. Andererseits muss bei einer zugrunde liegenden Adipositas gegebenenfalls auf eine mäßige Kalorieneinsparung geachtet werden, im Rahmen einer Ernährung, die jedoch alle wichtigen Nährstoffe enthält.

Spezifische Probleme der Ernährungstherapie ergeben sich darüber hinaus gerade bei großflächigen chronischen Defekten. Hier kann es zu einem ausgeprägten Flüssigkeits- und Eiweißverlust kommen, der entsprechend ausgeglichen werden muss. Die Trinkmenge bei starker Absonderung von Wundflüssigkeit soll höher liegen und die Ernährung kann bei größeren Verlusten über die Wundflüssigkeit eiweißbetont sein. Bei gleichzeitiger Nieren- oder Herzerkrankung muss diese Therapie in jedem Falle bilanziert erfolgen. Unklar sind Empfehlungen zu bewerten, die bestimmte Aminosäuren wie Arginin und Glutamin oder Pflanzenstoffe beinhalten. Versuche, die Heilung

chronischer Wunden zu unterstützen, beinhalten häufig Vitamine und Mineralstoffe. Vitamin A oder D, Selen und Zink wurden untersucht, die Ergebnisverbesserungen sind jedoch bislang marginal und es ist unklar, ob eine Supplementierung durch Nahrungsergänzungsmittel Vorteile bietet.

Nachgewiesene Mangelzustände sollten jedoch ausgeglichen werden. Vereinzelt gibt es Berichte, dass pflanzliche Antioxidantien unterstützend wirken sollen, Eingang in die klinische Versorgung haben diese Stoffe bislang jedoch nicht gefunden. In diesem Zusammenhang ist es auch erwähnenswert, dass es verschiedene Initiativen gibt, schmackhafte Trinknahrungen zu entwickeln, mit denen versucht wird, die spezifischen Probleme bei Muskelschwund, Gefäß- und Nervenstörungen zu behandeln und die Heilung chronischer Wunden zu unterstützen. Gerade bei Schluckstörungen ist dies eine Möglichkeit, einen Ausgleich für fehlende Nährstoffe aus der allgemeinen Ernährung zu schaffen.

Es ist jedoch festzustellen, dass lokale Maßnahmen im chronischen Stadium der Wundversorgung deutlich effektiver sind, zumal es keine hochgradig evidenzbasierten wissenschaftlichen Ernährungsempfehlungen gibt, die zu einer raschen Besserung des Krankheitsbildes führen würden. Es stellt sich vielmehr die Frage nach präventiven, ernährungstherapeutischen Maßnahmen, um ein Auftreten von Defekten zu verhindern. Die oben erwähnten Studien zeigen meist keinen durchschlagenden Effekt, die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass sich bestimmte ernährungstherapeutische Maßnahmen eignen können, zu einem gesunden Hautmanagement beizutragen. Diese Ansätze müssten zukünftig längerfristig verfolgt werden, um die Wirksamkeit nachweisen zu können.

Oberstes Ziel einer ernährungsmedizinischen Intervention sollte deshalb die Prävention chronischer Wunden sein. Dabei spielt Bewegung in einem tolerablen Maß eine ebenso große Rolle wie eine ausgewogene Mischkost, um Mangelerscheinungen vorzubeugen. Diese Ernährungsform ist energieangepasst, um das Körpergewicht kontrollieren zu können und die Mobilität möglichst lange zu erhalten. Außerdem lässt sich so der Blutzuckerspiegel am besten kontrollieren, um den schädigenden Einfluss hoher Zuckerwerte auf die Nervenleistung und die Durchblutung zu reduzieren. Weiche Faktoren wie das Essen in der Gemeinschaft oder die Verfügbarkeit schmackhafter Lebensmittel erhalten die Freude am Essen und verhindern so, dass der Appetit frühzeitig verloren geht.

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand November 2022

INHALT

- **Diabetesprävalenz und -inzidenz in Deutschland**
- **Versorgungssituation in Deutschland**
- **Lebenserwartung mit Diabetes**
- **Begleit- und Folgeerkrankungen bei Diabetes**
- **Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes**
- **Informationen über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Diabetesinzidenz und -prävalenz in Deutschland

- **Inzidenz:** In Deutschland erkranken jährlich mehr als **eine halbe Million** Erwachsene neu an Diabetes.
- **Prävalenz:** Aktuell sind etwa **8,7 Millionen** Menschen betroffen.
- **Dunkelziffer:** mindestens **zwei Millionen**
- **Perspektive:** Bei gleichbleibender Entwicklung ist davon auszugehen, dass hierzulande bis zum Jahr 2040 etwa **12,3 Millionen Menschen** an Diabetes erkrankt sein werden.

Diabetes Typ 2:

- Etwa 95 % der Diabetespatient*innen haben einen Typ-2-Diabetes.

Diabetes Typ 1:

- **Erwachsene:** etwa **341 000 Betroffene**
- **Kinder und Jugendliche:** etwa **32 000 Betroffene**. Jährlich erkranken rund 3 100 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre neu an Typ-1-Diabetes. Auch diese Zahl steigt im Jahr um drei bis fünf Prozent an.

Gestationsdiabetes:

- Jährlich erkranken über **50 000 Frauen** an Schwangerschaftsdiabetes, das entspricht 6,8 % aller Schwangeren. Sie haben ein mehr als siebenfach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken.

Versorgungssituation in Deutschland

Ein*e Hausarzt*in betreut rund 100 Menschen mit Diabetes. Davon haben zwei bis fünf einen Typ-1-Diabetes.

Bundesweit gibt es rund 1 100 diabetologische Schwerpunktpraxen.

Bis zur ersten Diagnose leben Betroffene etwa vier bis sieben Jahre lang mit einem unentdeckten Diabetes.

Behandelnde

4 266 Diabetolog*innen
5 050 Diabetesberater*innen
8 570 Diabetesassistent*innen
3 520 Wundassistent*innen
300 stationäre Einrichtungen mit einer Anerkennung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes

Zwischen 40 und 50 % der Menschen mit Typ-2-Diabetes erhalten blutzuckersenkende Medikamente, mehr als 1,5 Millionen werden mit Insulin behandelt.

An den derzeit 37 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland ist das Fach Diabetologie nur noch mit acht bettenführenden Lehrstühlen repräsentiert.

Jede*r fünfte Klinikpatient*in hat einen Diabetes – teils unerkannt!

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 / 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
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

Lebenserwartung mit Diabetes

Etwa **jeder fünfte Todesfall** in Deutschland (16 %) ist mit einem Typ-2-Diabetes assoziiert – durch Folge- und Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen. (1, 2)

- Menschen mit Diabetes haben ein circa **1,5-fach höheres Sterberisiko** im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes. (3)
- Die **Lebenserwartung** eines 40-jährigen Menschen mit Diabetes Typ 2 ist durchschnittlich um etwa **vier (Frauen) bis sechs Jahre (Männer) kürzer** als bei gleichaltrigen Personen ohne Diabeteserkrankung. (4)
- Umgerechnet bedeutet das: Die deutsche Gesamtbevölkerung verliert aufgrund dieser verkürzten Lebenserwartung rund 19 Millionen Lebensjahre.

Quellen:

(1) Jacobs, Rathmann, Epidemiologie des Diabetes, Diabetologie und Stoffwechsel 2017, 12(06): 437-446, DOI: 10.1055/s-0043-120034

(2) 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

(3) Schmidt et al., 2021. BMJ Open 11 (1): e041508. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041508

(4) Tönnies et al., 2021. Popul Health Metrics. <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00266-z>

Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes

Die **schwersten** Begleiterkrankungen sind:

- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Netzhauterkrankung bis hin zur Erblindung
- diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation
- Nierenschwäche bis hin zur Dialyse

Die **häufigsten** Begleiterkrankungen sind:

- Hypertonie
- Fettstoffwechselerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Polyneuropathie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Pankreasstörungen
- Herzerkrankungen
- Adipositas
- Gefäßerkrankungen

Bis zu 25 % der Menschen, die einen Schlaganfall erleiden, sind gleichzeitig von Diabetes betroffen!

Adipositas – ein Risikofaktor von Diabetes Typ 2

Rund zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig. Ein Viertel der Erwachsenen (23 % der Männer und 24 % der Frauen) ist stark übergewichtig (adipös).

Zwischen 2010 und 2016 ist der Anteil der Erwachsenen mit Adipositas in den OECD-Ländern von 21 auf 24 % gestiegen – das entspricht einem **Zuwachs von 50 Millionen**.

2016 verursachte Adipositas direkte Kosten von über **29 Milliarden Euro** für das deutsche Gesundheitssystem.

Deutschland gibt zusammen mit den Niederlanden und den USA am meisten für die Behandlung der Folgen von Adipositas aus.

Die Behandlung von Adipositas ist für den ambulanten Bereich derzeit grundsätzlich nicht erstattungsfähig.

In Deutschland haben 15,4 % der Kinder und Jugendlichen Übergewicht, 5,9 % leiden an Adipositas.

Prävalenz von Übergewicht:
9,0 % bei 3-bis 6-Jährigen
20,6 % bei 11-bis 13-Jährigen
17,4 % bei 14-bis 17-Jährigen

In den USA hatten 26 % der Jugendlichen mit Adipositas (12 bis 18 Jahre) auch einen Prädiabetes (OGTT, HbA1c).

Die Einführung eines Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas würde die Versorgungssituation für Patient*innen verbessern und ist ein wichtiger Baustein für die Realisierung der Nationalen Diabetesstrategie.

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023

DDG Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – Punkt II.8 Entwicklung eines DMP Adipositas

Robert Koch-Institut (RKI). AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 29. Juni 2020)

Andes, Cheng, Rolka, Gregg, Imperatore. Prevalence of Prediabetes Among Adolescents and Young Adults in the United States, 2005 – 2016. JAMA Pediatr. 2020 Feb

1;174(2):e194498

Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes

Menschen mit Diabetes verursachen etwa doppelt so hohe Kosten wie vergleichbare Versicherte ohne Diabetes!

Die jährlichen Gesamtkosten belaufen sich auf etwa **21 Milliarden Euro** Exzesskosten (inklusive der Folge- und Begleiterkrankungen). Das sind 11 % aller direkten Krankenversicherungsausgaben. Die Folgekosten, die mit Komplikationen einer Diabeteserkrankung in Verbindung stehen, bilden den größten Anteil.

Abrechnungsdaten der GKV

Geschätzte weltweite Kosten für Prävention und Therapie von Diabetes und seiner Folgeerkrankungen: mindestens 900 Milliarden Euro (für die Altersgruppe 20 – 79 Jahre).

IDF - International Diabetes Foundation

Geschätzte Kosten der jährlichen diabetesbezogenen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: rund 110 Millionen Euro.

Deutschland liegt mit ungefähr 39 Milliarden Euro auf dem vierten Platz der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben für Diabetes.

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023

Huppertz et al., Ergebnisse der KoDiM-Studie 2010 – Diabetes: Häufigkeit und Kosten der Grunderkrankung, von Komplikationen und Begleiterkrankungen; Diabetologie und Stoffwechsel, 2014; 9 - P147, DOI: 10.1055/s-0034-1375004

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 9 200 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärzt*innen in Klinik und Praxis, Grundlagenforschende, Psycholog*innen, Apotheker*innen, Diabetesfachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Expert*innen. Ziel aller Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen.

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören:

- Fort- und Weiterbildung von Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, Diabetesassistent*innen, Diabetespflegefachkräften, Wundassistent*innen und Fachpsycholog*innen
- Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- Entwicklung von medizinischen Leitlinien, Praxisempfehlungen und Patientenleitlinien sowie Definition des medizinischen Standards in der Diabetologie
- Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- Information und wissenschaftlicher Austausch über neueste Erkenntnisse, unter anderem auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres
- Unterstützung der Nachwuchssicherung in diabetesbezogenen Berufen

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Gesundheitspolitisches Engagement:

Die DDG steht im regelmäßigen persönlichen Austausch mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages, dem Bundesgesundheitsministerium, den Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Außerdem beteiligt sich die Fachgesellschaft an der gesundheitspolitischen Meinungsbildung durch die Herausgabe von Stellungnahmen und eine aktive Medienarbeit.

Interne Organisation:

In 35 Gremien (Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften) werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärzt*innen die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise den zu Behandelnden zugutekommen lassen.

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle DDG

Michaela Richter

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-516, Fax: 0711 8931-167

richter@medizinkommunikation.org

DIE DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ANGIOLOGIE



Die Angiologie (gr. angios: das Gefäß, logos: die Lehre) beschäftigt sich mit Gefäßkrankungen und wurde 1992 als Facharztbezeichnung im Fächerkanon der Inneren Medizin anerkannt. Gefäßmedizinerinnen und Gefäßmediziner befassen sich in Forschung, Lehre und Behandlung mit Erkrankungen der Arterien, Venen und Lymphgefäße. Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. entstand 1972 aus zwei Gesellschaften heraus und vertritt heute ca. 1.300 AngiologInnen aus Klinik und Praxis.

Die sieben Kommissionen der Gesellschaft, deren Mitglieder in Vorstand und Beirat vertreten sind, arbeiten an zentralen gefäßmedizinischen Themen. Die Bedeutung endovaskulärer Verfahren nimmt immer weiter zu, deshalb bietet die Kommission „Interventionelle Angiologie“ zusammen mit der DGA-Akademie und der Akademie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie regelmäßig Kurse zur „Interventionellen Therapie der arteriellen Gefäßkrankungen“ an. Die Kommission „Leitlinien und Qualitätssicherung“ sorgt weiterhin dafür, dass die DGA an allen die gefäßmedizinischen Bereiche betreffenden Leitlinienvorhaben beteiligt ist und fördert, z.B. mit der Zertifizierung von Gefäß- und Shunt-Zentren, eine qualitätsgesicherte Behandlung von PatientInnen. Das ist besonders wichtig, denn mit dem demographischen Wandel und der zunehmenden Alterung der Gesellschaft benötigen zukünftig immer mehr PatientInnen eine Gefäßbehandlung. Gleichzeitig gibt es in Deutschland zu wenig AngiologInnen, deshalb unterstützt die Kommission „Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung“ den gefäßmedizinischen Nachwuchs. Das Forum Junge Angiologen bietet jungen WissenschaftlerInnen maßgeschneiderte Fortbildungen wie die Vaskuläre Summer School an und unterstützt sie bei der Karriereplanung. Neben der Ärzteschaft ist der Gesellschaft auch an der Schulung des medizinischen Assistenzpersonals gelegen. Dafür hat die Kommission „Fort- und Weiterbildung“ eigens ein Curriculum für die berufsbegleitende Fortbildung zum/zur AngiologieassistentIn (DGA) entwickelt. Seit 2015 steht die Mitgliedschaft in der DGA auch dem medizinischen Assistenzpersonal offen.

Die der Kommission zugeordnete „Arbeitsgemeinschaft medizinisches Assistenzpersonal“ organisiert darüber hinaus Symposien auf der DGA-Jahrestagung und ist ein Forum für den Austausch des nicht-ärztlichen Personals. Die Kommissionen für „Gefäßmedizin in der Niederlassung“ und „Gefäßmedizin im Krankenhaus“ bearbeiten jeweils spezifische Themen für niedergelassene oder stationär tätige AngiologInnen. Die „Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenhaus-Angiologen“ trifft sich zudem regelmäßig im Rahmen der DGA-Jahrestagung.

Seit 1998 arbeiten die inzwischen neun Sektionen an Projekten, die ihnen vom Vorstand übertragen werden. Sie intensivieren den wissenschaftlichen Austausch innerhalb der DGA und koordinieren die wissenschaftlichen Aktivitäten. Jedes Jahr findet die DGA-Jahrestagung zusammen mit dem DGA-Interventionskongress an wechselnden Kongressorten statt. Im Rahmen eines mehrtätigen wissenschaftlichen Programms tauschen sich nationale und internationale ExpertInnen über die neuesten Erkenntnisse in der Angiologie aus. Durch Medienarbeit kommuniziert die DGA Aktuelles aus Forschung, Lehre und zu patientenrelevanten, gefäßmedizinischen Themen.

Die DGA-Patientenratgeber vermitteln einen Überblick zu Prophylaxe, Diagnose und Therapie von Gefäßkrankungen wie die periphere arterielle Verschlusskrankheit, Thrombose und Lungenembolie oder das Krampfaderleiden. Durch die DGA-Homepage können PatientInnen AngiologInnen in ihrer Nähe finden oder gezielt nach ÄrztInnen suchen, die für eine Zweitmeinung zur Verfügung stehen. Es ist für die DGA und vor allem die Kommission „Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit“ ein Hauptanliegen, sowohl die gesamte Ärzteschaft als auch die Öffentlichkeit über Risiken und Prävention von Gefäßkrankheiten aufzuklären und die Aufmerksamkeit dafür zu erhöhen. Daher setzt die DGA Informationskampagnen wie „Risiko Thrombose“ um.

Weitere Informationen finden Sie unter
www.dga-gefaessmedizin.de und
www.risiko-thrombose.de

DIE DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ANGIOLOGIE IN ZAHLEN 2021

Die DGA-Jubiläumstagung in Berlin zählt als Hybridkongress **730**
TeilnehmerInnen vor Ort und **300** per Live-Stream.

29 TeilnehmerInnen beginnen den mittlerweile **7.** Durchlauf
der Fortbildung AngiologieassistentIn.

Die Schirmherrschaft der DGA wird für **13** Veranstaltungen verliehen.

Bereits zum **8.** Mal fand die Vaskuläre Summer School statt.

11 Zentren werden als Gefäßzentren unter DGA-Beteiligung (re-)zertifiziert.
Insgesamt gibt es aktuell **40** Zentren, die von der DGA zertifiziert wurden.

Der **4.300.** Patient wird in das RECCORD-Register
eingeschlossen. Es rekrutieren **29** Zentren aktiv PatientInnen.

Die Jungen Angiologen feiern ihr **10-jähriges** Jubiläum.

Kongress-Pressekonferenz

16. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Termin: Freitag, 25. November 2022, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Studio 1.4. B, Ebene 1, RMCC Wiesbaden, oder online unter:

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_NISEEs94TqqFd2DX8NsfZw

Ihre Themen und Referierenden:

Interdisziplinäre Versorgung: Was funktioniert und was nicht?

PD Dr. med. Kilian Rittig

Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Praxis mit Schwerpunkt Diabetologie und Gefäßmedizin in Teltow

Diabetes-Subtypen und deren kardiovaskuläre Bedeutungen

Professor Dr. med. Robert Wagner

Leitender Oberarzt an der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Leiter des Klinischen Studienzentrums am Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ), Düsseldorf

Innovationen in der Wundbehandlung: Stammzellen, Kaltplasma, Vampirtherapie und Co.

Dr. med. Berthold Amann

Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA), Chefarzt der Klinik für Innere Medizin am Franziskus-Krankenhaus Berlin

Keine Amputation dank Stammzellentherapie: ein Erfahrungsbericht

Patient

Revaskularisation bei Menschen mit Diabetes

Dr. med. Dipl. oec. med. Michael Lichtenberg, FESC

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA), Chefarzt der Klinik Angiologie am Klinikum Hochsauerland der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Amputation – nein danke! Unnötige Eingriffe durch strukturierte Behandlungskonzepte und Zweitmeinung vermeiden

Dr. med. Michael Eckhard

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG, Ärztlicher Leiter des Universitären Diabeteszentrums Mittelhessen am Universitätsklinikum Gießen/Marburg und Chefarzt der GZW Diabetes-Klinik Bad Nauheim

Moderation: DDG Pressestelle

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