

Kongress-Pressekonferenz

17. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Termin: Freitag, 17. November 2023, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Seminarraum 6/7, Ebene +2 im Congress Center Leipzig oder online unter

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_AKrNs9apQyi7OHOPsafuTA

Ihre Themen und Referierenden:

Krankenhausreform: der Mensch mit Diabetes im Fokus

Professor Dr. med. Andreas Fritsche

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz-Zentrums München, Leiter der Abteilung Prävention und Therapie des Diabetes mellitus und Leiter der Diabetestherapiestation und Diabetesambulanz an der Universität Tübingen

Mit Diabetes im Krankenhaus: die Notwendigkeit von Diabetes Units

Professor Dr. med. Diana Rubin

Tagungspräsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Chefarztin am Zentrum für Ernährungsmedizin und Diabetologie am Vivantes Humboldt-Klinikum und Klinikum Spandau, Berlin

Geringe Muskelmasse bei Typ-2-Diabetes – ein unterschätztes Risiko

Professor Dr. oec. troph. Dr. med. Anja Bosy-Westphal

Tagungspräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Prodekanin an der Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Leitlinie zur Therapie des Typ-1-Diabetes: Was gibt es Neues?

Priv. Doz. Dr. med. Martin Füchtenbusch

Diabeteszentrum am Marienplatz, München

Moderation: Michaela Richter, 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

Diabetologie auf dem neuesten Stand Fachgesellschaft aktualisiert zwei wichtige DDG Leitlinien

Leipzig, 17. November 2023 – Zwei der wichtigsten diabetologischen Leitlinien sind grundlegend überarbeitet worden: Die Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“ ist bereits veröffentlicht, jene zur „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ liegt in der Konsultationsfassung vor, die Veröffentlichung steht kurz bevor. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), unter deren Federführung die Aktualisierung stattfand, unter deren Federführung die Aktualisierung stattfand, informiert über die wichtigsten Neuerungen – auch auf den beiden Pressekonferenzen der diesjährigen Diabetes Herbsttagung.

Die Diabetes-Therapie entwickelt sich derzeit mit großer Geschwindigkeit. Fünf Jahre, die seit der letzten Aktualisierung der S3-Leitlinie „**Therapie des Typ-1-Diabetes**“ vergangen sind, haben deutliche Veränderungen in der Versorgung mit sich gebracht - auch bei der Leitlinie waren damit umfangreichere Anpassungen nötig. „Insbesondere im Bereich der Glukosesensoren hat es in dieser Zeit einige technische Neuerungen gegeben“, sagt Professor Dr. med. Thomas Haak aus Bad Mergentheim, der die Arbeit an der Leitlinie für die DDG koordiniert hat. Die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) im Unterhautfettgewebe sei mittlerweile zum Standard geworden. Sie ermöglicht es, den Gewebszuckerspiegel nahezu in Echtzeit zu verfolgen und die Therapie wesentlich präziser zu steuern. Allein, aber vor allem in Kombination mit automatischen Insulinpumpen (AID), könne die CGM das tägliche Diabetesmanagement deutlich erleichtern. „Weil Studien zum langfristigen medizinischen Effekt dieser Systeme bislang fehlen, basiert dieser Teil der Leitlinie auf kurzfristigeren Studien, sowie auf Erfahrungsberichten von ärztlicher und von Patientenseite“, sagt Haak. Diese belegten den großen Nutzen, etwa die Vermeidung von Unter- und Überzuckerungen durch die eingebaute Warnfunktion, müssten aber in Zukunft noch durch wissenschaftliche Studien untermauert werden. Bereits jetzt gilt als gesichert, dass die Messwerte der CGM gut mit dem Langzeitwert des Blutzuckerspiegels, dem sogenannten HbA1c, korrelieren. Damit seien sie auch aussagekräftige Parameter zur Beurteilung der langfristigen Diabeseinstellung.

Die Vorteile moderner Diabetes-Technologie sind auch ein Schwerpunkt der aktualisierten **Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“**. „Für

junge Menschen mit Diabetes und ihre Familien ergeben sich dank des großen technischen Fortschrittes auch Erleichterungen bei der Integration und Teilhabe in KiTa und Schule durch eine bessere Stoffwechselkontrolle und neue Möglichkeiten, z.B. Follower-Funktion, Alarmer und anderes.““, so Leitlinien Koordinator Dr. med. Martin Holder. Denn die Auswirkungen einer Diabeteserkrankung betreffen nicht nur das Leben der jungen Patienten selbst: In den meisten Fällen tragen Eltern maßgeblich zur Pflege und Behandlung bei. Diese zusätzliche Verantwortung und Sorge stellt oft eine erhebliche Belastung dar und kann sogar zu finanziellen Einbußen führen, insbesondere da erfahrungsgemäß Mütter häufig ihre berufliche Tätigkeit reduzieren müssen und eine Betreuung in KiTa oder Schule sicherzustellen. Die Integration moderner Technologien, wie Insulinpumpen, kontinuierliche Glukosemesssysteme (CGM) und automatische Insulinabgabesysteme (AID), können eine wirksame Unterstützung bieten. „Da diese Technologien eine weitgehend uneingeschränkte und altersgerechte Integration bei gleichzeitig guter Kontrolle des Blutzuckers ermöglichen, empfehlen wir, sie nach Möglichkeit allen Kindern und Jugendlichen anzubieten“, so Holder.

Darüber hinaus aktualisiert beziehungsweise erweitert die Leitlinie nun auch die Themen Telemedizin, Ernährungstherapie, Risikofaktoren, Früherkennung und Prävention. „Auch die wichtige Phase der Transition wird jetzt in einem eigenen Kapitel behandelt“, sagt Leitlinien Koordinator Dr. med. Ralph Ziegler. Sie bezeichnet den Übertritt von Jugendlichen von der pädiatrischen zur erwachsenen Gesundheitsversorgung – einem Lebensabschnitt, in dem mit der Volljährigkeit und damit Selbstverantwortung sowie weiteren Themen eine ohnehin schon instabile Lebensphase beginnt. In dieser Zeit verringert sich meist die Unterstützung der Eltern beim Krankheitsmanagement. Nach dem Schulabschluss stehen Berufseinstieg oder Wohnortwechsel für ein Studium an. Manchmal verschieben sich auch einfach die Prioritäten der Heranwachsenden und der Diabetes rückt zu sehr aus dem Blick. „Die Leitlinie gibt nun wertvolle Empfehlungen dazu, wie junge Menschen adäquat und bestmöglich behandelt werden können, sodass sie möglichst ein Leben ohne Einschränkungen führen können und eine optimale Betreuung erhalten“, sagt Ziegler, der nicht nur an der Kinder- und Jugend-Leitlinie, sondern auch an der Leitlinie zum Typ-1-Diabetes der Erwachsenen beteiligt war.

Neben den zwei bereits fertiggestellten werden derzeit noch drei weitere diabetologische Leitlinien unter Federführung der DDG aktualisiert. „Verschiedene Arbeitsgruppen in unserer Fachgesellschaft überarbeiten derzeit die Leitlinien zum Gestationsdiabetes, zum Diabetes im Alter sowie zum Thema Diabetes und Straßenverkehr“, sagt DDG-Leitlinienkoordinator Professor Dr. med. Karsten Müssig. Darüber hinaus werden aktuell 28 Praxisempfehlungen überarbeitet, die zur Herbsttagung Mitte November veröffentlicht werden.

PRESSEMITTEILUNG

17. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

10. Medienpreisverleihung

„Diabetes von allen Seiten“: Deutsche Diabetes Gesellschaft kürt erstklassige Beiträge auf ihrer Herbsttagung

Berlin/Leipzig, 17. November 2023 – Begehrter denn je – das war die Medienpreisausschreibung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in diesem Jahr. 53 Journalistinnen und Journalisten reichten ihre qualitativ hochwertigen Beiträge in den Kategorien „Hören“, „Lesen“ und „Sehen“ zum diesjährigen Motto „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention“ ein – so viele wie noch nie. Passend zum 10-jährigen Jubiläum hatte die Fachgesellschaft ein besonders offenes Thema gewählt. Auf der Diabetes Herbsttagung der DDG und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) werden heute in Leipzig im feierlichen Rahmen die Preisträgerinnen geehrt.

- ✓ In der Kategorie Hören wurde „Der Zuckerdetektiv“ – ein Podcast von gesundheit-hören, dem Audioangebot der Apotheken Umschau – von Anja Kopf zum Diabetischen Fußsyndrom gekürt.
- ✓ Heike Scherbel gewann in der Kategorie Sehen mit einer „Doc Fischer“-Sendung des SWR mit ihrem Beitrag „Gesundes Dicksein“.
- ✓ In der Kategorie Lesen gibt es zwei Preisträgerinnen: Eva-Maria Vogel wird für ihren Artikel „Achtung, süßes Baby“, der im Magazin Focus Gesundheit erschienen ist, geehrt und Viola Volland für einen Beitrag in der Stuttgarter Zeitung und in den Stuttgarter Nachrichten zum Thema „Wenn die Mama mit in die Schule muss“.

Leben mit Diabetes hat vielfältige Facetten: Kinder und Eltern stehen vor ganz anderen Herausforderungen als eine schwangere Frau oder ein Mensch mit diabetischem Fußsyndrom - das

diesjährige Motto für den Medienpreis „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention“ trägt diesen unterschiedlichen Herausforderungen Rechnung. „Die hochwertigen eingereichten Beiträge werden dem Anspruch dieses Mottos gerecht und zeigen praxisorientierte, lebensnahe Lösungsansätze für Menschen mit Diabetes auf“, lobt DDG Mediensprecher Professor Dr. med. Baptist Gallwitz. „Ob innovative Therapieansätze, der Einsatz von technischen Hilfsmitteln, neue Forschungsergebnisse oder die Diabetes-Vorsorge – all diese Themen wurden anschaulich und für Laien verständlich dargestellt“, so Gallwitz. „Die prämierten Beiträge zeigen, dass die Preisträgerinnen mit viel Engagement – und teilweise mit persönlichen Geschichten – an die Aufbereitung dieser Themen gegangen sind, das hat die Jury sehr begeistert.“

Preisträgerin in der **Kategorie Hören ist Anja Kopf mit ihrem Beitrag „Was hilft bei einem diabetischen Fußsyndrom?“**, der im **gesundheit-hören-Podcast „Der Zuckerdetektiv“** erschienen ist. Sie erläutert darin ausführlich, wie es zum diabetischen Fußsyndrom kommt, welche Folgen es haben kann, wie man vorbeugt und behandelt. Vor allem der letzte Punkt, die Pflege und Behandlung der Füße bei Menschen mit Diabetes, wird in allen Facetten beleuchtet. Der Podcast ist sehr lebendig, anschaulich und verständlich und auch für Laien hervorragend erklärt. „Es kommen Ärztinnen und Ärzte ebenso wie Therapeutinnen und Therapeuten darin zu Wort, die Hinweise auf aktuelle Entwicklungen und bessere Behandlungsmöglichkeiten geben, so zum Beispiel auch auf den Bypass als mögliche Alternative zur Amputation“, erläutert der DDG Mediensprecher Professor Dr. med. Baptist Gallwitz.

In der Kategorie **Sehen** gewann **Heike Scherbel mit einer „Doc Fischer“-Sendung, die im SWR ausgestrahlt wurde, mit ihrem Thema „Gesundes Dicksein“**. In der Sendung wird erklärt, dass das Gewicht gar nicht immer entscheidend ist, sondern vor allem ein gesunder Stoffwechsel eine zentrale Rolle bei der Frage spielt, ob übergewichtige Personen einen Diabetes entwickeln oder nicht. Entscheidend hierfür sind zum Beispiel Blutzucker- und Cholesterinwerte sowie der Blutdruck und die Verteilung des Körperfetts. Oft reichen eine Ernährungsumstellung – weniger Zucker, gesunde Fette, Vollkornprodukte – und viel Bewegung für eine moderate Gewichtsreduktion schon aus, um die Stoffwechselkrankheit zu vermeiden – so die Message der Sendung. „Frau Scherbel hat den Nutzen einer Ernährungsumstellung und moderaten Gewichtsabnahme, um das Diabetesrisiko zu senken, unterhaltsam und verständlich aufgezeigt und mit Stimmen von Diabetes-Expertinnen und Experten untermauert“, so Gallwitz. „Dabei steht eine Protagonistin im Fokus, die mit beiden Beinen im Leben steht, das hat die Jury beeindruckt.“

In der **Kategorie Lesen** hat die Jury zwei Preisträgerinnen ausgezeichnet. **Eva-Maria Vogel** erhielt den Preis für ihren Artikel „Achtung, süßes Baby“ aus dem Magazin **Focus Gesundheit**. Sie erzählt darin aus eigener Erfahrung und wissenschaftlich untermauert, wie man einen Schwangerschaftsdiabetes durch Lebensstiländerungen in den Griff bekommen kann und wie wichtig die Nachsorge nach der Geburt ist. Da der sogenannte Gestationsdiabetes anfangs keine Symptome verursacht, können die werdenden Mütter die Gefahr für sich und ihr Baby nicht selbst wahrnehmen. Während der Schwangerschaft sollte deshalb ein Glukosetoleranztest durchgeführt werden. „Die Redakteurin schildert in ihrem Beitrag sehr anschaulich, wie sie es durch kleine Lebensstilveränderungen und ohne Medikamente geschafft hat, einen Typ-2-Diabetes für sich zu verhindern und ein gesundes Baby zur Welt zu bringen. Uns hat vor allem der sehr persönliche Zugang zum Thema überzeugt, der einen ganz anderen Blick ermöglicht“, so Gallwitz.

Dem **Thema Kinder mit Diabetes und ihren Schwierigkeiten in Kindergarten und Schule** widmete sich **Viola Volland** in ihrem Artikel „Wenn die Mama mit in die Schule muss“ aus der **Stuttgarter Zeitung/den Stuttgarter Nachrichten**. Sie macht darin deutlich, wie kompliziert es für Familien ist, den Alltag und die Integration von Kindern mit Diabetes-Typ-1 in Kita und Schule zu organisieren. „Zwar haben kleine Kinder mit Diabetes-Typ-1 Anspruch auf eine Inklusionskraft, doch wirklich eine zu bekommen ist oft schwierig, aufwendig und anstrengend für die Eltern – das zeigt der Beitrag sehr lebensnah und realistisch auf“, betont Gallwitz. Die DDG hat schon häufiger auf Missstände bei der Inklusion von Kindern mit Diabetes hingewiesen. Immer wieder müssen Eltern ihre Kinder in Kita oder Schule begleiten, um den Blutzucker zu kontrollieren und im Bedarfsfall zu regulieren – und in der Folge muss ein Elternteil häufig seine Arbeitszeit reduzieren – meistens sind es die Mütter.

„Wir gratulieren den Preisträgerinnen und freuen uns, dass die Ausschreibung der DDG Medienpreise nach nunmehr 10 Jahren eine so große Sichtbarkeit bei Medienschaffenden hat. Wir hoffen, dass wir im nächsten Jahr daran anknüpfen können.“, betont Gallwitz. Er verrät **bereits das Motto der Ausschreibung von 2024. Es lautet: „Diabetes und dann?! Behandlung, Leben, Begleiterkrankungen“**. Die DDG wird sich auch im nächsten Jahr wieder über qualitativ hochwertige journalistische Einreichungen in den Kategorien „Hören“, „Sehen“ und „Lesen“ freuen. Weitere Informationen zur Ausschreibung stehen zeitnah zur Verfügung.

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten

Pressestelle der DDG
Friederike Gehlenborg
0711/8931-295
gehlenborg@medizinkommunikation.org

STATEMENT

Krankenhausreform: der Mensch mit Diabetes im Fokus

Professor Dr. med. Andreas Fritsche

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz-Zentrums München, Leiter der Abteilung Prävention und Therapie des Diabetes mellitus und Leiter der Diabetestherapiestation und Diabetesambulanz an der Universität Tübingen

Schon seit über einem Jahr werden nahezu wöchentlich Details zur großen Krankenhausreform angekündigt, Eckpunktpapiere publiziert und Gesetzentwürfe zu diesem und begleitenden Themen präsentiert. Es wurden zwischenzeitlich 9 Empfehlungen veröffentlicht, die aber hauptsächlich mit Gesundheitsökonomen aus der Regierungskommission erarbeitet wurden und nicht mit Ärzten und Praktikern (1). Die medizinischen Fachgesellschaften durften bisher nur zuschauen – und das, obwohl sie die Experten sind.

Im Juli 2023 hatten sich Bund und Länder im Eckpunktepapier darauf verständigt, dass die Krankenhausreform 3 zentrale Ziele verfolgen sollte: die Gewährleistung der Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie die Entbürokratisierung. Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach nannte die Reform eine „Revolution im Krankensektor“. Denn ein zusätzliches Ziel sei auch die Entökonomisierung, um den wirtschaftlichen Druck in den Kliniken zu verringern. In diesem Jahr ist bisher jedoch das Gegenteil passiert, der ökonomische Druck wird höher und höher.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) verfolgt von Beginn an den Reformprozess aktiv und arbeitet im Schulterschluss mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Daher ist die Krankenhausreform natürlich auch Thema der diesjährigen DDG Herbsttagung und des DDG Strategietages.

Im Folgenden gebe ich Ihnen einen Überblick über die Punkte, die für uns in der geplanten Krankenhausreform absolute Priorität haben sollten, und die Punkte, an denen wir diese Ziele für Menschen mit Diabetes gefährdet sehen:

Packen wir das Problem direkt beim Schopf: Die Krankenhausreform vernachlässigt aktuell die **Versorgungssicherheit und Behandlungsqualität von mehr als 8,7 Millionen Menschen mit Diabetes**. Bisher hört man von Gesundheitsökonomen nur, dass Diabetes keinesfalls im Krankenhaus, sondern ausschließlich ambulant behandelt werden sollte. Doch bei dieser Forderung wird verdrängt,

dass bereits jeder 5. Patient im Krankenhaus eine Diabetes-mellitus-Erkrankung hat, die besonderer Beachtung bedarf, da sie sich auf alle anderen Behandlungen, den Krankheitsverlauf und die Liegedauer auswirkt. Den Faktor Diabetes aus dem Krankenhaus auszuklammern, ist daher schlichtweg unmöglich. Vielmehr fordern wir, dass eine qualifizierte Diabetesexpertise in allen Versorgungsleveln vorgehalten wird, da Menschen häufig nicht wegen, sondern auch mit Diabetes zur Behandlung kommen. Die DDG befürchtet, dass die Diabetesversorgung in der Breite durch die Umstrukturierung in den mittleren und kleineren Krankenhäusern vernachlässigt werden wird und letztlich die Betroffenen die Leidtragenden sein werden.

Ein Thema, das so alt wie die letzte Krankenhausreform ist, sind viel zu hohe Verwaltungskosten. Schon vor 10 Jahren titelte das Ärzteblatt: „**Verwaltungskosten im Gesundheitswesen:** Milliarden können eingespart werden“. Hauptursache für den hohen Verwaltungsaufwand ist die 2003 eingeführte Fallpauschalenvergütung (DRG), die Ärztinnen, Ärzte und Pflegende massiv mit bürokratischen Aufgaben belastet und die sie von der Behandlung und Pflege der Patienten abhält. Die Kearney-Studie schätzte die Kosten durch aufgeblasene Verwaltung auf rund 40 Milliarden Euro. Wir würden auch deshalb eine Aufhebung der Fallpauschalen begrüßen. Tatsächlich sind wir sehr gespannt, wie Minister Lauterbach, der 2003 maßgeblich an der DRG-Einführung beteiligt war, diese reformieren wird.

Die Alternative sollen Vorhaltepauschalen sein, die ein Krankenhaus für das Vorhalten von bestimmten Leistungsgruppen bekommt (wie zum Beispiel Endokrinologie/Diabetologie). Doch in welchen Punkten arbeitet das System der Vorhaltepauschalen anders als die Fallpauschalen? Das Budget für die neuen Vorhaltepauschalen soll nämlich aus den alten DRGs berechnet werden. Die DDG sieht die Gefahr, dass das neue System nur zunehmend gröber und zentralisierter arbeiten wird und wahrscheinlich sogar zu noch mehr Bürokratie und Verwaltungsaufwand abseits der tatsächlichen Krankenversorgung führen wird. Die geplante Entbürokratisierung wird ins Gegenteil verkehrt – hin zu mehr Bürokratie. Außerdem sind schon heute die Fallpauschalen im Diabetesbereich unterfinanziert, was sich mit dem neuen Namen „Vorhaltepauschale“ für die Abrechnung kaum ändern lässt, anstatt dem tatsächlichen Bedarf Rechnung zu tragen. Es ist sogar noch gravierender: Da die Krankenhausreform kostenneutral durchgeführt werden soll, ist zu befürchten, dass das Budget unter dem ökonomischen Druck stetig verringert wird und damit die stationäre Therapie für Menschen mit Diabetes weiter dem Rotstift zum Opfer fällt.

Ein weiteres Thema: Laut einem der Arbeitsentwürfe zum Gesetz sollen die Universitätskliniken neue Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen bekommen. Aus unserer Sicht beinhaltet dies

ebenso **höchste Bürokratisierungsgefahr**. Es darf darüber hinaus bezweifelt werden, dass die den Wissenschaftsministerien der Länder unterstellten Universitätskliniken mit ihrer Kernkompetenz und -aufgaben in Wissenschaft und Lehre, die international und national unter hohem Wettbewerbsdruck stehen, die geeigneten Institutionen sind, die breite Krankenhauslandschaft bis ins Kleinste hinein zu koordinieren.

„Ohne Reform“, so hat Professor Lauterbach das Vorhaben kommentiert, „werden viele Krankenhäuser unkontrolliert in die Insolvenz gehen.“ Zusammenfassend lässt sich aus meiner Sicht eher sagen, dass viele Krankenhäuser nicht ungesteuert, sondern gesteuert durch die Reform in Insolvenz gehen werden. Wenn wir diese Fragen nicht klären, dann wird das Ergebnis das gleiche sein und die Reform wird keinesfalls die stationäre Versorgung von multimorbiden Patienten mit Diabetes verbessern.

Aus Sicht der DDG muss die Krankenhausreform Diabetes ernst nehmen! Es reicht keinesfalls, sich bei der Umstrukturierung ausschließlich auf akute invasive Notfalltherapie wie Herzkatheter und Stroke Units zu konzentrieren. Es muss vor allem auch die „sprechende Medizin“ gestärkt werden, die in multiprofessionellen Teams als sogenannte Diabetes Units zu besseren und sicheren Behandlungsergebnissen führt.

Es darf auf keinen Fall einen Verlust von therapeutischen Teams und Versorgungsmöglichkeiten in der stationären Versorgung geben.

(1) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Leipzig, November 2023

STATEMENT

Mit Diabetes im Krankenhaus: die Notwendigkeit von Diabetes Units

Professor Dr. med. Diana Rubin

Tagungspräsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Chefarztin am Zentrum für Ernährungsmedizin und Diabetologie am Vivantes Humboldt-Klinikum und Klinikum Spandau, Berlin

Circa 23 Prozent der in ein Akutkrankenhaus aufgenommenen Patientinnen und Patienten weisen als Nebendiagnose einen Diabetes auf. Damit ist entgegen der Meinung von vielen – insbesondere politischen – Stakeholdern der Diabetes ein hochrelevantes Problem im Krankenhaus. Insbesondere, weil akute Erkrankungen häufig zu einer Entgleisung eines bestehenden Diabetes führen.

Ein nationales Audit bei hospitalisierten Patienten in England zeigte, dass Menschen mit Diabetes regelmäßig unnötigen Schaden in Akutkrankenhäusern erleiden. Einer von 25 Menschen mit Typ-1-Diabetes erleidet eine diabetische Ketoazidose (DKA) im Krankenhaus. Das heißt, es ist wahrscheinlicher, im Krankenhaus eine DKA zu erleben als außerhalb.

Jeder fünfte Mensch erlebt eine Episode von Hypoglykämie und einer von drei einen Medikationsfehler. Alle Krankenhäuser sollten so sicher wie möglich sein für Menschen mit Diabetes. Im Moment sind sie es nicht.

Zudem erfordern medizinische Maßnahmen im Krankenhaus eine differenzierte Anpassung der antidiabetischen Therapie, zum Beispiel bei Gabe von Hochdosis-Glukokortikoiden oder künstlicher Ernährung. Diese Maßnahmen erfordern spezifisches diabetologisches Fachwissen, welches nur von Diabetes Units geleistet werden kann.

Die zunehmend fehlende Verfügbarkeit von Diabetesexperten in deutschen Akutkrankenhäusern ist auch volkswirtschaftlich hoch relevant: Menschen mit einem entgleisten und nicht adäquat therapierten Diabetes im Krankenhaus weisen eine höhere Rate an Komplikationen auf und haben eine längere Krankenhausverweildauer.

Quellen:

George JT, Warriner D, McGrane DJ et al. TOPDOC Diabetes Study Team. Lack of confidence among trainee doctors in the management of diabetes: the Trainees Own Perception of Delivery of Care (TOPDOC) Diabetes Study. QJM. 2011 Sep;104(9):761-6.

*Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der
17. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
Freitag, 17. November 2023, 12.30 bis 13.30 Uhr*

NaDIA data, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/clinical-audits-and-registries/national-diabetes-inpatient-safety-audit>

Dashora UK, Taylor R (2004). Maintaining glycaemic control during high-dose prednisolone administration for hyperemesis gravidarum in Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine* 21(3): 298-299.

[DDG fordert Diabetes-Spezialisten in jedem Krankenhaus • diabetologie-online](#)

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Leipzig, November 2023

STATEMENT

Geringe Muskelmasse bei Typ-2-Diabetes – ein unterschätztes Risiko

Professor Dr. oec. troph. Dr. med. Anja Bosy-Westphal

Tagungspräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Prodekanin an der Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Etwa 80 Prozent der neu diagnostizierten Menschen mit Typ-2-Diabetes sind übergewichtig oder sogar adipös. Im Vergleich zum Körperfett wurde bisher der Einfluss einer zu geringen Muskelmasse und Muskelkraft für die Stoffwechseleinstellung und den Verlauf der Patientinnen und Patienten wenig beachtet.

Ein übermäßiger Verlust an Skelettmuskelmasse und -funktion mit steigendem Alter wird Sarkopenie genannt. Eine Sarkopenie wird heute sowohl als Risikofaktor für die Entstehung des Typ-2-Diabetes als auch als Folge dieser Erkrankung angesehen. Bei Menschen mit Typ-2-Diabetes ist die „Muskelgesundheit“ (charakterisiert anhand Muskelmasse, -kraft, -qualität und -funktion) durch die Insulinresistenz, eine schlechte Blutzuckereinstellung, Entzündung und erhöhten oxidativen Stress beeinträchtigt. Eine geringere Glukoseverwertung kann dabei aufgrund der geringen Masse der Muskulatur sowie durch deren qualitative Veränderungen, durch zum Beispiel eine Ansammlung von inter- und intramuskulärem Fettgewebe, entstehen.

Das Problem „Sarkopenie“ erfordert eine differenzierte Diagnostik von Muskelmasse und Muskelkraft, um betroffene Patienten zu identifizieren und die Behandlung entsprechend anzupassen:

- Die medikamentöse Therapie bei Typ-2-Diabetes beeinflusst den Erhalt der Muskelmasse, wobei sich Glinide und Sulfonylharnstoffe negativ auswirken und demgegenüber Insulin, GLP-1-Analoga und DPP-IV-Inhibitoren vor dem Verlust an Muskelmasse schützen. Vielversprechend ist das neue Medikament Bimagrumab, ein monoklonaler Antikörper gegen den Typ-2-Activinrezeptor auf Muskel- und Fettzellen. Bimagrumab führte in einer Phase-2-Studie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes zu einem Aufbau der Skelettmuskulatur bei gleichzeitiger Reduktion des Körperfettanteils um 20 Prozent.
- Verschiedene bariatrisch-chirurgische Verfahren zur Behandlung einer ausgeprägten Adipositas wirken sich unterschiedlich auf den die Gewichtsabnahme begleitenden Verlust der Muskelmasse aus und sollten daher in der Therapie von Patienten mit Adipositas und Typ-2-Diabetes gezielt ausgewählt werden.

*Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der
17. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
Freitag, 17. November 2023, 12.30 bis 13.30 Uhr*

- Verschiedene Diabetestypen haben ein unterschiedliches Risiko für Komplikationen des Diabetes und unterscheiden sich auch im Hinblick auf ihren Ernährungszustand. Sie müssen im Hinblick auf Unterschiede im Erhalt der Muskelmasse noch weiter untersucht werden.
- Letztlich sind auch Modifikationen des Lebensstils (Ernährung und Bewegung) wichtig, um die Mobilität und die Stoffwechselgesundheit von Personen mit Typ-2-Diabetes und Sarkopenie zu verbessern und zu erhalten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Leipzig, November 2023

STATEMENT

S3-Leitlinie zur Therapie des Typ-1-Diabetes: Was gibt es Neues?

Priv. Doz. Dr. med. Martin Füchtenbusch
Diabeteszentrum am Marienplatz, München

Mit dem Leitlinien-Koordinator Professor Thomas Haak, Bad Mergentheim, startete die Leitlinien-Gruppe Typ 1 Diabetes Ende letzten Jahres mit dem ehrgeizigen Ziel, bis Mitte diesen Jahres eine aktualisierte LL zur Therapie des Typ-1-Diabetes vorzulegen. Dies ist gelungen. Damit konnte rechtzeitig und umfassend Stellung genommen werden zum IQWiG-Vorbericht (Leitliniensynopse) mit Blick auf den Aktualisierungsbedarf für das derzeit noch gültige DMP Typ-1-Diabetes. Parallel hierzu hat auch die DDG AG Pädiatrische Diabetologie am 12.9.2023 eine Stellungnahme zum Vorbericht des IQWiG abgegeben.

Therapieleitlinien sind keine *L'art pour l'art*, in 5-Jahres- Abständen regelmäßig aktualisiert dienen sie dem Zweck, Behandelnden durch wissenschaftliche Evidenz abgesicherte diagnostische und therapeutische Empfehlungen zu geben, um Patientinnen und Patienten über einen Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen. Die DDG fordert und erwartet, dass die neuen Empfehlungen der LL als verbindliche Therapieziele in die DMPs aufgenommen werden.

Die wichtigsten Neuerungen der Leitlinien beinhalten folgende Empfehlungen:

- Die partizipative Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient sollte handlungsleitend sein. Sie dient der Vereinbarung individueller Therapieziele. Das Konzept beruht auf den ethischen Prinzipien der Autonomie und Fürsorge.
- Menschen mit Typ-1-Diabetes sollen darüber aufgeklärt werden, dass die in früheren Arbeiten stark erhöhte Exzessmortalität in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat, insbesondere wenn keine Makroalbuminurie vorliegt.
- Kontinuierliches Glukosemonitoring mithilfe CGM soll allen Menschen mit Typ-1-Diabetes angeboten werden. Dies gilt nunmehr als etablierter „Standard of Care“.
- Bei Menschen mit Typ-1-Diabetes soll der Einsatz einer Insulinpumpentherapie mit AID-Algorithmus bei Nichterreichen der individuellen Therapieziele unter intensiver Insulintherapie trotz CGM empfohlen werden. Die Wahl der Therapieform soll nach den Grundsätzen der partizipativen Entscheidungsfindung getroffen werden. AID-Systeme schützen sicher vor Hypoglykämien, verringern die Zeit im Hyperglykämiebereich, erhöhen

*Kongress-Pressekonferenz im Rahmen der
17. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
Freitag, 17. November 2023, 12.30 bis 13.30 Uhr*

die Zeit im Zielbereich und entlasten Menschen mit T1D bei der aktiven täglichen
Therapiesteuerung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Leipzig, November 2023

S3-Leitlinie

Behandlung des Typ-1-Diabetes

Das ist neu:

- In die Überarbeitung sind vor allem die technischen Neuentwicklungen in der Behandlung des Typ-1-Diabetes eingeflossen und auf ihre Effektivität geprüft worden. Aufgrund der rasanten Entwicklung auf dem Gebiet der Glukosesensoren und – in Verbindung mit Insulinpumpen – der Automatischen Insulin-Dosiersysteme (AID) sind Studien zum Langzeit-Outcome verständlicherweise noch fehlend. Es gibt jedoch eine Vielzahl von Studien und die Erfahrung von Expert*innen und Patient*innen zu diesem Thema, die den Vorteil dieser Therapieoptionen eindeutig belegen, betonen die Autor*innen der Leitlinie.
- Die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) ist mittlerweile aufgrund des jederzeit abrufbaren Glukosewertes und der Warnfunktion vor Über- und Unterzucker zum Standard in der Glukoseüberwachung von Menschen mit Typ-1-Diabetes mellitus geworden und damit integraler Bestandteil einer sicheren Therapie unter Vermeidung von schweren Stoffwechsellentgleisungen..
- In Bezug auf die Therapieziele in der Behandlung des Typ-1-Diabetes zeigt sich, dass die neuen Messparameter durch CGM gut mit dem HbA1c-Wert korrelieren und zunehmend in klinischen Outcome-Studien verwendet werden.
- Die Vermeidung hoher postprandialer Werte und nächtlicher Hypoglykämien sind wichtige Therapieziele. Grundsätzlich hat der Sicherheitsaspekt in der Therapieplanung und -führung einen hohen Stellenwert.
- Die Einbeziehung von Menschen mit Typ-1-Diabetes in die Diagnostik und Therapie ihrer Erkrankung nimmt einen breiten Raum ein und wird in einem eigenen Kapitel („Partizipative Entscheidungsfindung“) ausführlich dargestellt.



„Die kontinuierliche Glukosemessung im Unterhautfettgewebe lässt uns den Gewebszuckerspiegel nahezu in Echtzeit verfolgen, sodass wir die Therapie wesentlich präziser steuern können. Allein, aber vor allem in Kombination mit automatischen Insulinpumpen, erleichtern die Systeme das tägliche Diabetesmanagement deutlich.“

PROF. DR. THOMAS HAAK
Koordinator der Leitlinie



Hier können Sie sich die Leitlinie herunterladen:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/057-013>



S3-Leitlinie

Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter

Das ist neu:

- Die Leitlinie berücksichtigt alle Besonderheiten und Formen der chronischen Erkrankung Diabetes im Kindes- und Jugendalter. Die Empfehlungen der Leitliniengruppe konzentrieren sich auf das gesamte Spektrum der pädiatrischen Diabetologie, es werden dabei auch die Besonderheiten der verschiedenen Altersgruppen berücksichtigt.
- Gedacht sind die Leitlinien für alle Berufsgruppen, die Kinder und Jugendliche mit Diabetes betreuen und unterstützen und mit der Erkrankung befasst sind. Dazu zählen Diabetolog*innen, pädiatrische Diabetolog*innen, Endokrinolog*innen, Pädiater*innen, die Betroffenen und Angehörigen selbst und auch Organisationen wie Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen.
- Abgebildet werden in der Leitlinie die wichtigen Fortschritte u. a. auf den Gebieten der Früherkennung, Stadieneinteilung und Prävention, der Diabetes-Technologie und Telemedizin und der Intensivierung der Insulintherapie. Wenn möglich, soll allen Kindern und Jugendlichen mit einer Insulinpumpe auch CGM und AID-System angeboten werden. Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet ist die Integration und Teilhabe von Kindern mit Typ-1-Diabetes in KiTa und Schule.
- Einige Kapitel sind deutlich erweitert worden, z. B. „Andere Diabetesformen“, „Psychologische und soziale Risiken“, Komorbiditäten und „Diabetes und Sport“. Zudem haben einige Themenbereiche ein eigenes Kapitel bekommen wie „Ernährungstherapie“, „Management bei akuten Erkrankungen und Operationen bei Kindern und Jugendliche mit Diabetes“ und „Transition“.



„Für junge Menschen mit Diabetes und ihre Familien ergeben sich dank des großen technischen Fortschrittes auch Erleichterungen bei der Integration und Teilhabe in KiTa und Schule durch eine bessere Stoffwechselkontrolle und neue Möglichkeiten, z.B. Follower-Funktion, Alarme und anderes.“

DR. MARTIN HOLDER
Koordinator der Leitlinie



„Die Leitlinie gibt nun wertvolle Empfehlungen, wie junge Menschen in allen Lebensphasen adäquat und bestmöglich behandelt werden können, sodass sie möglichst ein Leben ohne Einschränkungen führen können und eine optimale Betreuung erhalten.“

DR. RALPH ZIEGLER
Koordinator der Leitlinie



Hier können Sie sich die Leitlinie herunterladen:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/057-016>



Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand November 2023

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.

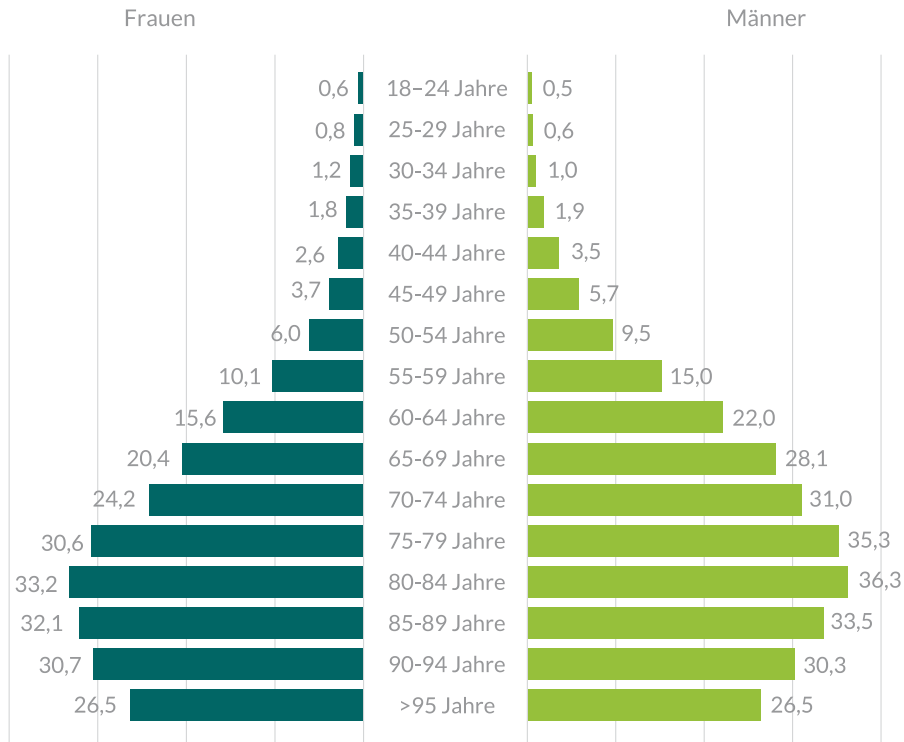
Diabetes Typ 1:

- **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.

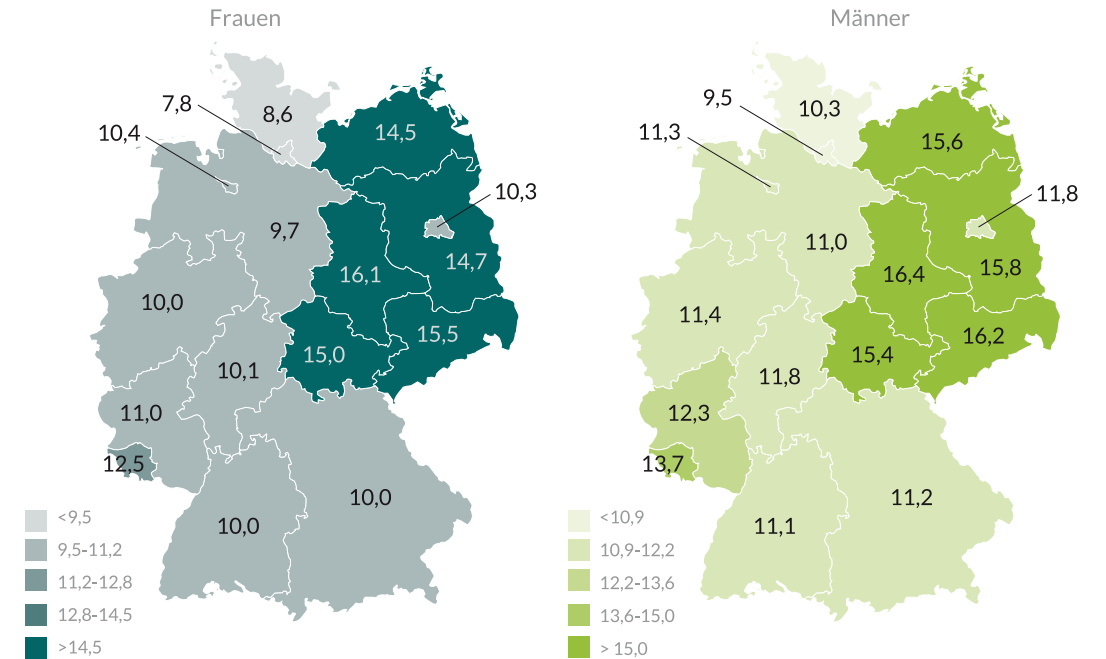
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

Diabetes-Häufigkeit nach Bundesland bei gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen (in Prozent, nach Geschlecht, 2011)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

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.

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

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.

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 bis 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 10 000 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



Über die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM):

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) ist die medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für Ernährungsmedizin in Deutschland. Sie ist eine multidisziplinäre Vereinigung aller Berufsgruppen, die sich mit Ernährungsmedizin befassen. Die Gesellschaft vereint mehr als 3000 Ärztinnen und Ärzte sowie Ernährungs- und Pflegefachkräfte und Apothekerinnen und Apotheker – Expertinnen und Experten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die ernährungsmedizinisch forschen, lehren, behandeln und beraten.

Die DGEM fördert Wissenschaft, Praxis und Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin und Stoffwechselforschung. Regelmäßig veranstaltet sie Fortbildungskurse und Kongresse, um Kenntnisse und Erfahrungen nutzbar zu machen und den interdisziplinären Austausch zu anderen in- und ausländischen Institutionen, die auf diesem Gebiet arbeiten, aufzunehmen und zu vertiefen. Sie schreibt Stipendien und Forschungsgelder für die Grundlagenforschung und die klinisch angewandte Forschung aus.