

Vorab-Pressekonferenz

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

„Gesundheit fängt im Kindesalter an: Prävention und Therapie von Diabetes“

Termin: Dienstag, 14. November 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr

Link: <https://attendee.gotowebinar.com/register/3670699112384122206>

Ihre Themen und Referierenden:

Hochverarbeitete Lebensmittel und ihre Bedeutung für das Typ-2-Diabetes-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

Remission durch Ernährung im Rahmen der Diabetestherapie

Professor Dr. med. Diana Rubin

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

Kindergesundheit im Ausverkauf? Warum Werbebeschränkungen für ungesunde Produkte nicht scheitern dürfen

Barbara Bitzer

Geschäftsführerin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), Berlin

Neue Leitlinie Diabetes im Kindes- und Jugendalter: Was ist neu?

Dr. med. Ralph Ziegler

Diabetologische Schwerpunktpraxis für Kinder und Jugendliche, Münster

Moderation: Stephanie Balz, 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

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

Gesundheitsfolgen hochverarbeiteter Lebensmittel

Typ-2-Diabetes und Ernährung: wenn der Fertigsack den Stoffwechsel ruiniert

Berlin/Leipzig, 14. November 2023 – Wer sich mit dem Typ-2-Diabetes befasst, kommt am Thema Ernährung nicht vorbei – gilt doch eine zu reichhaltige und wenig ausgewogene Ernährung als einer der Hauptrisikofaktoren für die Entstehung der Stoffwechselkrankheit. Dabei sind besonders hochverarbeitete Lebensmittel problematisch: Sie enthalten oft zu viel Zucker, Fett und Salz und sollten deshalb nur sehr zurückhaltend konsumiert werden. Warum sie sich trotzdem großer Beliebtheit erfreuen, welche Gesundheitsfolgen das hat und was auch von politischer Seite dagegen getan werden müsste, wird eines der Themen sein, die Expertinnen und Experten der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) auf der heutigen Online-Presskonferenz diskutieren werden. Die Presskonferenz findet im Vorfeld der Diabetes Herbsttagung statt, die DDG und DGEM gemeinsam in Leipzig ausrichten.

Pizzas, Tütensuppen, Knabberkram, Softdrinks oder Süßigkeiten – Supermärkte in westlichen Industrienationen sind angefüllt mit Fast Food und Convenience-Produkten. Sie sind lange haltbar, mit geringem Aufwand zubereitet oder sogar direkt aus der Packung zu genießen, schmecken gleichbleibend gut und werden zudem noch intensiv beworben. „Rund die Hälfte der Kalorien, die in Deutschland konsumiert werden, stammen mittlerweile aus hochverarbeiteten Lebensmitteln“, sagt Professor Dr. oec. troph. Dr. med. Anja Bosy-Westphal, Prodekanin an der Agrar- und Ernährungswissenschaftlichen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und Tagungspräsidentin der DGEM. Der weit verbreitete Verzehr dieser Produkte habe dazu beigetragen, traditionelle Ernährungsweisen und Mahlzeitenstrukturen aufzuheben, so werde heute oft sehr unregelmäßig und zum Teil bis in die späten Abendstunden hinein gegessen.

Doch nicht nur das Fehlen eines festen Tagesrhythmus kann für die Gesundheit zum Problem werden. Vor allem die Zusammensetzung der schnellen Speisen bereitet dem Körper Probleme. „Viele

hochverarbeitete Produkte enthalten sehr viel Zucker Fett, Salz oder schnell verfügbare Kohlenhydrate“, sagt Bosity-Westphal. Diese sprächen das Belohnungssystem im Gehirn an und sorgten dafür, dass sich die Präferenz für süße und zugleich fetthaltige Nahrung immer weiter verfestige.

Eine weitere ungünstige Eigenschaft der meisten hochverarbeiteten Nahrungsmittel ist deren hohe Energiedichte. Die entsprechenden Produkte stehen also nicht nur sehr rasch und ohne küchentechnischen Aufwand zur Verfügung – der Konsument hat darüber hinaus auch mit wenigen Bissen bereits sehr viele Kalorien zu sich genommen. „Zu allem Überfluss haben die Produkte häufig eine Konsistenz, die nicht zum Kauen anregt“, ergänzt Bosity-Westphal. Daher würden sie automatisch schneller verzehrt. Bis sich das Sättigungsgefühl einstellen könne, sei das Kalorienkonto bereits deutlich überzogen.

Die Folgen der permanenten Verlockung sind deutlich zu erkennen: Über 50 Prozent der Erwachsenen in Deutschland haben Übergewicht, jede/r fünfte hat sogar Adipositas. Auch bei Kindern und Jugendlichen sind die entsprechenden Werte mit rund zehn beziehungsweise sechs Prozent erschreckend hoch. Die biologischen Zusammenhänge, die der Verbindung zwischen dem Trend zum schnellen Snacken und dem Massenphänomen Übergewicht zugrunde liegen, werden dagegen erst langsam verstanden. „Der regelmäßige Verzehr hochverarbeiteter Nahrungsmittel führt mittelfristig zu Stoffwechselstörungen, etwa einer Unempfindlichkeit gegenüber den Hormonen Insulin und Leptin sowie zu chronischen Entzündungen“, fasst Ernährungsexpertin Bosity-Westphal den aktuellen Forschungsstand zusammen. Auch die biologische Kontrolle des Appetits werde beeinträchtigt. Mit diesen Veränderungen sei der Pfad in Richtung eines Typ-2-Diabetes bereits eingeschlagen, und es falle vielen Betroffenen schwer, ihn aus eigener Kraft wieder zu verlassen.

DDG und DGEM wünschen sich daher einen verstärkten gesellschaftlichen Diskurs zum Thema Ernährung, mit dem Ziel einer noch breiteren Aufklärung. Weil das Wissen über eine gesunde Ernährung alleine jedoch offensichtlich nicht ausreicht, müsse auch die Diskussion über eine verbesserte Verhältnisprävention neu geführt werden, so die Fachgesellschaften. Diese greift bei den Rahmenbedingungen an, die das Konsumentenverhalten beeinflussen – und wäre ein wichtiges Instrument, um etwa den Griff zu gesundem Essen zu erleichtern. „Die Politik hat hier mehrere Hebel zur Verfügung, die sie bislang nur unzureichend nutzt“, betont Bosity-Westphal. Diese reichen von einer verbraucherfreundlichen Lebensmittel-Kennzeichnung über Werbebeschränkungen für ungesunde Produkte, gerade im Hinblick auf vulnerable Zielgruppen, bis hin zu einer höheren Besteuerung zum Beispiel von zuckerhaltigen Softdrinks und einer steuerlichen Begünstigung von Obst und Gemüse.

PRESSEMITTEILUNG

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

Den Diabetes wegessen: wie Ernährung einen Typ-2-Diabetes rückgängig machen kann

Berlin/Leipzig, 14. November 2023 – Lange Zeit galt der Typ-2-Diabetes als eine Erkrankung, die, einmal ausgebrochen, nicht mehr rückgängig zu machen ist. Dieses Bild hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Heute weiß man, dass es zumindest in den frühen Stadien des Typ-2-Diabetes durchaus möglich ist, den entgleisten Zuckerstoffwechsel wieder in ein gesundes Gleichgewicht zu bringen. Diese sogenannte Remission sollte daher das Ziel jeder Therapie bei Menschen mit Prädiabetes oder frühem Typ-2-Diabetes sein, betont die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Auf der Diabetes Herbsttagung, die die DDG gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) im November in Leipzig veranstaltet, wird die zentrale Rolle der Ernährung für das Erreichen einer Remission Thema sein. Auf der heutigen Vorab-Presskonferenz diskutieren Expertinnen und Experten, warum Ernährungsempfehlungen immer individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt werden müssen.

Der mit Abstand bedeutendste Risikofaktor für die Entstehung eines Typ-2-Diabetes oder dessen Vorstufe, des Prädiabetes, ist Übergewicht. Lebensstilinterventionen, die die Betroffenen zu mehr Bewegung und einer gesünderen, ausgewogeneren Ernährung anhalten, gelten daher als wichtigste Maßnahme, um die Entstehung einer diabetischen Stoffwechselstörung zu verhindern. „Diese Maßnahmen wirken jedoch nicht nur präventiv, sondern sind auch dann noch wichtig, wenn die Blutzuckerwerte bereits auffällig verändert sind“, sagt Professor Dr. med. Diana Rubin, Tagungspräsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Chefärztin des Zentrums für Ernährungsmedizin und Diabetologie am Vivantes Humboldt-Klinikum und Klinikum Spandau, Berlin. Inzwischen gebe es Studiendaten, die belegten, dass eine intensive Ernährungstherapie selbst einen manifesten Typ-2-Diabetes im Frühstadium in eine Remission bringen könne. Damit sinke auch das Risiko für die schwerwiegenden Folgeerkrankungen des Typ-2-Diabetes, zu denen neben Herzinfarkt und Schlaganfall auch Nieren- und Augenerkrankungen zählen.

Um eine Remission zu erreichen, ist es zunächst wichtig, dass die Patientinnen und Patienten Gewicht verlieren. „Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Blutzuckerwerte normalisieren, steigt umso mehr, je deutlicher das Körpergewicht reduziert wird“, sagt Rubin. Eine aktuelle Studie des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) zeigt, dass vor allem die Reduktion des Bauchfetts für den Therapieerfolg entscheidend ist. Denn dieses Fettgewebe, das die inneren Organe auskleidet, kann Entzündungen fördern und die Wirkung des blutzuckersenkenden Hormons Insulin im Körper herabsetzen. Daher sollte laut DZD eine Reduktion des Taillenumfangs um mindestens 4 Zentimeter bei Frauen und 7 Zentimeter bei Männern angestrebt werden.

Um diese Ziele zu erreichen, benötigen die Betroffenen eine intensive ernährungstherapeutische Begleitung. „Diese sollte in den Händen von Ernährungsfachkräften wie Diätassistent*innen, Ernährungswissenschaftler*innen, Ernährungsmediziner*innen oder speziell ausgebildeten Ökotropholog*innen liegen“, sagt Tagungspräsidentin Rubin. Denn eine Ernährungsintervention funktioniert nicht nach dem Prinzip des „One size fits all“, sondern müsse individuell geplant werden. Nur wenn die Lebensumstände der Menschen – etwa der durch Beruf oder Familie vorgegebene Tagesrhythmus und der kulturelle Hintergrund – berücksichtigt würden, sei es möglich, die erforderliche Gewichtsreduktion von 10 bis 15 Prozent nicht nur zu erreichen, sondern auch langfristig zu halten.

Trotzdem gebe es auch Menschen mit Diabetes, für die völlig andere Therapieziele gelten. „Bei älteren Personen etwa, deren Muskelmasse bereits stark verringert ist, wird keine zusätzliche Gewichtsreduktion mehr angestrebt“, erläutert Rubin. Hier liege der Schwerpunkt der ernährungstherapeutischen Intervention auf einer ausreichenden Eiweißversorgung, die zusammen mit Bewegung für eine Kräftigung der Muskulatur Sorge, diese Intervention bessert aber ebenfalls die Blutzuckerwerte.

Auch für Menschen, deren Typ-2-Diabetes bereits seit vielen Jahren besteht, oder für Subtypen des Typ-2-Diabetes mit einem Insulinsekretionsdefizit sei eine Remission oft nicht mehr zu erreichen. In dieser Phase zielt die Ernährungsberatung ebenfalls nicht primär auf einen Gewichtsverlust ab – denn oft geht dieser zulasten der Muskelmasse. Dennoch ist eine traditionell mediterrane Ernährung auch bei diesen Menschen mit gesundheitlichen Vorteilen verbunden, einschließlich einer verlängerten Überlebenszeit.

„Diese Beispiele zeigen, dass eine an neuesten Forschungserkenntnissen ausgerichtete Diabetestherapie auch im Hinblick auf die Ernährung immer individualisierter und differenzierter

werden muss“, resümiert Rubin. Leider werde dies in den aktuellen Diabetes-Schulungsprogrammen bislang nicht ausreichend berücksichtigt, auch würden diese häufig nicht von Ernährungsfachkräften angeleitet. Damit bleibe ein großer Teil des ernährungstherapeutischen Potenzials ungenutzt – zum Nachteil der Patienten, deren Krankheitslast nicht so weit verringert werde, wie es mit einer optimalen Ernährungsbegleitung möglich wäre.

Literatur:

Sandforth A, Jumpertz von Schwartzberg R et al. (2023): Mechanisms of weight loss-induced remission in people with prediabetes: A Post-hoc Analysis of the Randomized Controlled Multicenter Prediabetes Lifestyle Intervention Study (PLIS). Lancet Diabetes & Endocrinology 2023; <https://authors.elsevier.com/a/1hplZ7tNucn7Vs>

PRESSEMITTEILUNG

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

Kindergesundheit im Ausverkauf?

Warum die Pläne zum Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung nicht scheitern dürfen

Berlin/Leipzig 14. November 2023 – 15 Mal täglich – so oft bekommen Kinder unter 14 Jahren im Durchschnitt Werbung für Süßigkeiten, Softdrinks oder andere ungesunde Lebensmittel dargeboten. Dieser Dauerverführung in Radio, Fernsehen oder im Netz können sich die jungen Menschen kaum entziehen. Zugleich ist bereits jedes 7. Kind in Deutschland übergewichtig. Auch wenn ein direkter Zusammenhang zwischen Werbung für Ungesundes und kindlichem Übergewicht nicht immer leicht nachzuweisen ist, gilt er in der Forschung mittlerweile als gut belegt. Zusammen mit mehr als 60 Fachgesellschaften, Verbänden und Organisationen tritt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) daher für mehr Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung ein. Was das konkret bedeutet und welche Schritte von politischer Seite erforderlich sind, werden Expertinnen und Experten auf der heutigen Online-Presskonferenz im Vorfeld der diesjährigen Diabetes Herbsttagung diskutieren.

Eine hochkalorische, fett-, salz- und zuckerreiche Ernährung gilt als Hauptursache dafür, dass immer mehr Menschen in immer jüngeren Jahren stark übergewichtig oder adipös werden. „Kinder aus sozial schwachen Verhältnissen sind hiervon und von den damit einhergehenden Folgeerkrankungen besonders betroffen“, sagt Barbara Bitzer, Geschäftsführerin der DDG und Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Hier ist die Politik gefragt, ein Umfeld zu schaffen, dass es Kindern leichter macht, sich gesund zu ernähren und Anreize für Ungesundes einzudämmen. Denn in der Kindheit eingeprägte Ernährungsgewohnheiten seien später nur schwer zu ändern, so Bitzer. Und das kann gravierende Folgen haben: Übergewicht und Adipositas sind große Risikofaktoren für die Entstehung weiterer Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes. Die veränderte Stoffwechsellage führt auch zu einer Schädigung der Blutgefäße und steigert das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. „Mit 1,3 Millionen Todesfällen pro Jahr zählen Übergewicht und starkes Übergewicht bereits heute zu den häufigsten Todesursachen in Europa“, so Bitzer.

In der bunten Welt der Werbung werden diese Folgen naturgemäß ausgeklammert. Hier scheinen sich Spaß, Geselligkeit und ungebremste Lebensfreude fast zwangsläufig einzustellen, wenn man nur genug Schokoriegel, Fertigpizzas, Chips und süße Getränke zu sich nimmt. Gerade Kinder sind besonders anfällig für diese – durchweg von schlanken Menschen und prominenten Influencern präsentierten – Botschaften. „Es ist daher nicht hinzunehmen, dass die Zahl der Werbespots für ungesunde Snacks ausgerechnet im Umfeld von Kinder- oder Familiensendungen besonders hoch ist“, sagt Bitzer, die das Thema auf der Pressekonferenz vorstellen wird. 92 Prozent der Lebensmittelwerbung, die mediennutzende Kinder sehen, werben für ungesunde Lebensmittel.

Nachdem alle Appelle an die Hersteller von Süßwaren und Snacks, die Werbung für ihre Produkte freiwillig zu begrenzen, ergebnislos geblieben sind, hat Bundesernährungsminister Cem Özdemir bereits vor Monaten Pläne für ein Gesetz vorgestellt, das Beschränkungen für an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung verbindlich vorschreiben soll. Demnach sollte Werbung für Lebensmittel, die nicht dem Nährwertprofil der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsprechen, unter anderem wochentags zwischen 17 und 22 Uhr nicht gezeigt werden dürfen. „Auch wenn der ursprüngliche Entwurf bereits abgemildert wurde, haben die vorgeschlagenen Maßnahmen das Potenzial, Kinder vor schädlichen Werbeeinflüssen zu schützen“, sagt Bitzer. „Ganz wichtig ist, dass die Beschränkungen auch die Abendstunden einschließen, denn Kinder sehen nicht nur Kindersendungen, sondern insbesondere Familienfilme, Castingshows oder Sportübertragungen, die zumeist am Abend ausgestrahlt werden.“ Influencer auf YouTube, Instagram oder Facebook sollten dagegen nur noch für Gesundes werben dürfen.

„Dass solche Werbeschränkungen funktionieren, machen andere Länder seit Jahren vor“, sagt DANK Sprecherin Bitzer. Leider tue sich die deutsche Regierungskoalition jedoch schwer damit, den von Özdemir vorgelegten Vorschlag zu unterstützen – es gibt noch immer keinen Gesetzentwurf und die vom BMEL vorgestellten Eckpunkte drohen, vor allem durch den Einfluss der FDP, stark verwässert zu werden. „Hier macht man sich die Argumente der Industrie zu eigen, die den Zusammenhang zwischen Werbung und Ernährungsverhalten gegen alle wissenschaftliche Evidenz leugnet“, so Bitzer. Umso wichtiger sei es, das Thema von Expertenseite immer wieder in die Politik zu tragen. Auch auf der bevorstehenden Diabetes Herbsttagung werde es reichlich Gelegenheit geben, wissenschaftlich fundiert über eine sinnvolle Ausgestaltung von Werbeschränkungen zu diskutieren. Zum DANK-Symposium „[Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung: Wird Deutschland vom Schlusslicht zum Vorreiter](#)“ am Samstag, 18.11.2023, hat sich auch Bundesernährungsminister Özdemir angekündigt.

Terminhinweis:

Symposium „Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung“

Termin: Samstag, 18. November 2023, 10.45 bis 12.15 Uhr

Weitere Informationen: [Konferenzzeitplan](#)

PRESSEMITTEILUNG

Diabetologie auf dem neuesten Stand Fachgesellschaft aktualisiert zwei wichtige DDG Leitlinien

Berlin, 14. 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 Diabeteseinstellung.

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.

STATEMENT

Hochverarbeitete Lebensmittel – warum sind sie ein Risiko für unsere Gesundheit?

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

Ein regelmäßiger Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel kennzeichnet unseren modernen Lebensstil. Hochverarbeitete Lebensmittel ermöglichen es uns, jederzeit und ohne großen küchentechnischen Aufwand über ein attraktives Lebensmittelangebot zu verfügen. So verdrängen heute Fast Food und Convenience-Produkte wie Tütensuppen, Fertigsoßen, Chips, Pizza, Donuts, Cookies, Softdrinks & Co. zunehmend die traditionellen Lebensmittel und haben unsere Ernährungsweisen verändert. Ihr Erfolg ist einfach zu erklären: Sie sind attraktiv, lange haltbar, werden intensiv beworben und sind für die Verbraucherinnen und Verbraucher zu jeder Tageszeit (zum Beispiel zwischendurch als Snack oder nebenbei gegessen) verfügbar. Der weitverbreite und häufige Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel hat dazu beigetragen, traditionelle Ernährungsweisen und Mahlzeitenstrukturen aufzuheben, so wird heute häufig unregelmäßig und zum Teil bis in die späten Abendstunden hinein gegessen.

In Deutschland wird bereits etwa die Hälfte der täglich verzehrten Kalorien in Form von hochverarbeiteten Lebensmitteln konsumiert. Dies hat nachteilige Folgen für die Gesundheit: Ein regelmäßiger und hoher Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel bedeutet ein hohes Risiko zum Beispiel für Entstehung von Übergewicht und Typ-2-Diabetes; die Sterblichkeit ist erhöht. Die diesen Zusammenhängen zugrunde liegenden Mechanismen werden zurzeit intensiv beforscht; dabei spielen sowohl eine kalorienreiche Ernährung als auch die geringe ernährungsphysiologische Qualität der hochverarbeiteten Lebensmittel eine Rolle.

Für den Überkonsum an Kalorien sind neben dem Convenience-Aspekt verschiedene Faktoren verantwortlich:

1) Hochverarbeitete Lebensmittel haben meist eine hohe Energiedichte. Das bedeutet, sie enthalten viele Kalorien pro Gramm. In der Regel haben sie eine Konsistenz, die nicht zum Kauen anregt, was dazu führt, dass wir zu schnell essen und zu viele Kalorien verzehren, bevor wir ein Sättigungsgefühl empfinden.

2) Viele hochverarbeitete Produkte sind nahezu unwiderstehlich, sie sind überaus schmackhaft und enthalten regelhaft viel Fett, Zucker oder Kohlenhydrate und Salz. Diese Inhaltsstoffe bewirken eine Aktivierung des Belohnungssystems und damit eine Ausprägung von Präferenzen für süße und

zugleich fettreiche Lebensmittel. Dieser Effekt wird durch wiederholten Konsum von hochverarbeiteten Lebensmitteln verstärkt.

3) Mittelfristig bewirkt der regelmäßige Verzehr hochverarbeiteter Lebensmittel Stoffwechselstörungen (welche durch Insulin- und Leptinresistenz sowie chronische Entzündungen charakterisiert sind) und beeinträchtigt die biologische Kontrolle des Appetits. Diese Stoffwechselveränderungen führen unabhängig von ihrem Effekt auf das Körpergewicht zu einem erhöhten Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen.

Ein dringend notwendiger gesellschaftlicher Diskurs zu diesem Thema der Ernährung kann durch eine verbraucherfreundliche Kennzeichnung von Lebensmitteln, Werbebeschränkungen für vulnerable Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche oder auch fiskalische Maßnahmen wie die Besteuerung von hochverarbeiteten Lebensmitteln bei gleichzeitiger steuerlicher Begünstigung von gesunden Lebensmitteln wie zum Beispiel Obst und Gemüse (in Form einer sogenannten gesunden Mehrwertsteuer) unterstützt werden.

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

STATEMENT

Remission durch Ernährung im Rahmen der Diabetestherapie

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

Diabetestherapie wird nicht nur in Hinblick auf die Pharmatherapie zunehmend heterogener und differenzierter. Auch zeigen moderne Erkenntnisse in der Ernährungstherapie von Menschen mit Diabetes, dass diese zunehmend individualisierter behandelt werden müssen.

Dieses wird in den aktuellen Diabetes-Schulungsprogrammen, den einzigen krankenkassenfinanzierten Therapieformen für Ernährungstherapie, nicht berücksichtigt, zudem werden diese häufig nicht von Ernährungsfachkräften durchgeführt.

Da inzwischen Daten dafür vorliegen, dass eine intensive Ernährungstherapie einen frühen Typ-2-Diabetes in Remission bringen kann, sollten insbesondere diese Personen – wenn ausreichend motiviert – an Ernährungsfachkräfte* verwiesen werden, um die erforderliche Gewichtsreduktion von circa 10 bis 15 Prozent des Ausgangsgewichtes zu erreichen und vor allem auch zu halten (1, 2). Der Hype um die GLP-Analoga verschleiert, dass die Medikamente auf Dauer nur in Kombination mit einer Ernährungstherapie erfolgreich sein können – ebenso wie die bariatrische Chirurgie.

Andererseits gibt es Menschen mit Diabetes, die von einer Ernährungstherapie nur auf eine völlig andere Weise profitieren können: ältere Personen mit einem Diabetes, die eine Sarkopenie aufweisen. In diesen Fällen zielt die Ernährungstherapie auf die Eiweißzufuhr ab und sollte immer mit Bewegung kombiniert werden. Gewichtsreduktion ist hier in der Regel kein Therapieziel, jedoch können Antidiabetika mit gewichtsreduzierendem Effekt dennoch aufgrund der Begleiterkrankungen indiziert sein (2, 3, 4).

Auch langjährig an Typ-2-Diabetes Erkrankte profitieren auf andere Art von einer Wiederholung der Ernährungsberatung oder -schulung. Häufig ist Gewichtsreduktion auch hier kein Therapieziel mehr, da eine Remission nicht mehr zu erwarten ist oder nur mit einem Sarkopenie-induzierenden Gewichtsverlust zu erreichen ist. Dennoch ist in dieser Personengruppe eine traditionell mediterrane Ernährung mit einem Überlebensvorteil verbunden und sollte daher unbedingt praxisnah von Fachkräften vermittelt und die Lebensmittelauswahl gegebenenfalls an die Ernährungsgewohnheiten angepasst werden (2).

Personen mit Typ-1-Diabetes, insbesondere Kinder und Jugendliche, profitieren hingegen von einem sehr entspannten Umgang mit Lebensmitteln und neuer Technologie, müssen aber dennoch intensiv ernährungstechnisch geschult werden, um ihre Insulindosis abschätzen zu können, die von viel mehr nahrungsbedingten Faktoren abhängt als bisher angenommen (5, 6).

*Diätassistent*innen, Ernährungswissenschaftler*innen und Ökotropholog*innen mit entsprechendem Zertifikat oder Ernährungsmediziner*innen

Quellen:

1. [Diets for weight management in adults with type 2 diabetes: an umbrella review of published meta-analyses and systematic review of trials of diets for diabetes remission](#)
Churuangsuk C, Hall J, Reynolds A, Griffin SJ, Combet E, Lean MEJ. Diabetologia. 2022 Jan; 65(1):14-36. doi: 10.1007/s00125-021-05577-2. Epub 2021 Nov 17.
2. [Dietary recommendations for persons with type 2 diabetes mellitus](#)
Skurk T, Bomya-Westphal A, Grünerbel A, Kabisch S, Keuthage W, Kronsbein P, Müssig K, Pfeiffer AFH, Simon MC, Tombek A, Weber KS, **Rubin D**. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2022 Sep;130(S 01):S151-S184. doi: 10.1055/a-1624-5095. Epub 2022 Mar 31.
3. [Frailty, sarcopenia and diabetes - PubMed \(nih.gov\)](#)
Morley JE, Malmstrom TK, Rodriguez-Mañas L, Sinclair AJ. J Am Med Dir Assoc. 2014 Dec; 15(12):853-9. doi: 10.1016/j.jamda.2014.10.001. Epub 2014 Nov 20. PMID: 25455530.
4. [Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor-induced changes in body composition and simultaneous changes in metabolic profile: 52-week prospective LIGHT \(Luseogliflozin: the Components of Weight Loss in Japanese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus\) Study.](#)
Sasaki T, Sugawara M, Fukuda M. J Diabetes Investig. 2019 Jan;10(1):108-117. doi: 10.1111/jdi.12851. Epub 2018 May 16. PMID: 29660782. **Free PMC article.** Clinical Trial.
5. [Nutritional Recommendations for People with Type 1 Diabetes Mellitus.](#)
Rubin D, Bomya-Westphal A, Kabisch S, Kronsbein P, Simon MC, Tombek A, Weber KS, Skurk T. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2021 Aug;129(S 01): S27-S43. doi: 10.1055/a-1284-6036. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33374025.

Vorab-Presskonferenz im Rahmen der
17. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
Dienstag, 14. November 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr

6. [Dietary determinants of postprandial blood glucose control in adults with type 1 diabetes on a hybrid closed-loop system.](#)

Vetrani C, Calabrese I, Cavagnuolo L, Pacella D, Napolano E, Di Rienzo S, Riccardi G, Rivellese AA, Annuzzi G, Bozzetto L. Diabetologia. 2022 Jan;65(1):79-87. doi: 10.1007/s00125-021-05587-0. Epub 2021 Oct 23. PMID: 34689215.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2023

STATEMENT

Kindergesundheit im Ausverkauf? Warum Werbebeschränkungen für ungesunde Produkte nicht scheitern dürfen

Barbara Bitzer

Geschäftsführerin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), Berlin

„Kinder sind das Wertvollste, was wir haben.“ Damit begründet Bundesernährungsminister Cem Özdemir seine Pläne für Werbeschränkungen in der aktuellen politischen Auseinandersetzung. Seit Bekanntwerden seiner Pläne ist viel passiert: Vor allem – und wenig überraschend – leistet die Lebensmittel- und Werbeindustrie seitdem erbitterten Widerstand. Und das mit zum Teil haarsträubenden Argumenten und irreführenden Falschaussagen. Der Minister hat seine Vorschläge daraufhin angepasst und sich gesprächsbereit gezeigt. Jedoch blieb der politische Konsens bisher aus.

Um es auch hier noch einmal deutlich zu sagen: Niemand will Werbung an sich einschränken oder verbieten. Werbung für ausgewogene Produkte ist auch weiterhin möglich – zu jeder Tageszeit und auf jedem Kanal, auch an Kinder. Aber zählen Sie bei Kindersendungen oder Familienformaten wie „Germany’s Next Topmodel“ oder Fußballübertragungen einfach einmal selbst mit: Für wie viele fettige Snacks oder süße Getränke wird in den Werbepausen geworben? Kinder und Jugendliche können der Werbeflut im Fernsehen und in den sozialen Medien kaum entgehen können.

Darauf wies bereits 2021 die Universität Hamburg hin: Mediennutzende Kinder zwischen 3 und 13 Jahren sehen pro Tag mehr als 15 Werbungen für Ungesundes. 92 Prozent der Lebensmittel-Werbepots, die Kinder sehen, werben für Ungesundes. Belegt ist: Werbung wirkt, fördert Präferenzen, Konsum- und Kaufverhalten. Umso mehr begrüßen wir und inzwischen mehr als 60 weitere Verbände, Fachgesellschaften und Organisationen die Pläne des Ministers für den Schutz der Kindergesundheit. Die Wissenschaft ist sich seit Jahren einig, dass Werbeschränkungen eine erste wirksame Maßnahme ist, um den Konsum von Süßwaren einzuschränken und die Entstehung von kindlichem Übergewicht einzudämmen. Passiert ist dennoch sehr wenig in Deutschland. Nur auf Freiwilligkeit zu setzen, ist nachweislich gescheitert. Jedes siebte Kind zwischen 3 und 17 Jahre in Deutschland ist inzwischen übergewichtig. Kinder aus ärmeren Verhältnissen sind besonders betroffen. Und wer als Kind bereits übergewichtig ist, ist es zumeist auch als Erwachsener – mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Übergewicht und starkes Übergewicht zählen schon jetzt zu den Haupttodesursachen in Europa mit mehr als 1,3 Millionen Todesfällen pro Jahr.

*Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
17. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
Dienstag, 14. November 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr*

Um Kinder wirklich umfassend zu schützen, empfehlen wir: Zwischen 6 und 23 Uhr sollte Werbung für ungesunde Lebensmittel, die nicht dem WHO-Nährwertprofil entsprechen, komplett untersagt werden – im Fernsehen, in Online-Streamingdiensten und im Radio. Influencer, egal ob auf YouTube, Instagram oder Facebook sollten nur noch für Gesundes werben dürfen. Für Plakatwerbung sollte eine 100-Meter-Bannmeile im Umkreis von Kitas, Schulen und Spielplätzen gelten.

Der Minister hat diese Empfehlungen in Eckpunkte gegossen, die nun zwischen den Ampelkoalitions-Parteien festhängen. Die FDP hat sehr früh nach der Veröffentlichung der Pläne Kritik und Unverständnis geäußert und sich die Argumente der Industrie zu eigen gemacht. Da heißt es: Übergewicht sei ein multifaktorielles Problem und nicht allein auf Werbeeinflüsse zurückzuführen. Es wird auf andere Risikofaktoren wie z. B. mangelnde Bewegung und fehlende Ernährungsbildung verwiesen oder der vorliegenden Evidenz des Zusammenhangs zwischen Werbung und Ernährungsverhalten einfach ganz plump die Wissenschaftlichkeit und Glaubwürdigkeit abgesprochen. Aus wissenschaftlicher Sicht sind all diese Einwände nicht haltbar. Das sind Strategien, die wir bereits aus der Tabakprävention kennen. Eine konstruktive Debatte ist leider kaum noch möglich.

Zuletzt hat bedauerlicherweise auch die SPD Zweifel geäußert, ob Werberegulierungen für Ungesundes eines der wichtigen politischen Projekte ist, die man nachdrücklich vorantreiben sollte. Diese Entwicklung ist bedenklich. Wir hoffen sehr, dass die SPD die Bedeutung des Kinderschutzes und der Kindergesundheit nicht aufs Spiel setzt.

Das Werbeschränken funktionieren, machen andere Länder seit Jahren erfolgreich vor. Die Länder und die Modelle sind hinreichend bekannt. Es wird Zeit, dass Deutschland zum Vorreiter wird und umfassende Werbeschränken einführt und das wertvollste, unsere Kinder, endlich wirksam schützt.

Ich freue mich daher außerordentlich, dass wir Herrn Bundesminister Özdemir auf der Diabetes Herbsttagung am Samstag, 18. November, begrüßen dürfen, um über Werbeschränken für Ungesundes und die Pläne der Bundesregierung zu sprechen. Ich lade Sie alle herzlich ein, beim DANK-Symposium „Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung: Wird Deutschland vom Schlusslicht zum Vorreiter?“ um 10:45 Uhr dabei zu sein.

Quellen und Literatur:

- Pressemitteilung des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) vom 27.02.2023: „Özdemir stellt Gesetzesvorhaben für mehr Kinderschutz in der Werbung vor“, <https://www.bmel.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2023/024-lebensmittelwerbung-kinder.html>
- PD Dr. Tobias Effertz: Studie „Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel in Internet und TV“. Universität Hamburg, März 2021, <https://www.dank-allianz.de/pressemeldung/studie-kinder-sehen-pro-tag-15-werbungen-fuer-ungesundes-essen.html>
- Offener Brief an die FDP-Parteispitze: „Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung unterstützen!“, August 2023,
• [https://www.foodwatch.org/fileadmin/-DE/Themen/Kinderernaehrung/Dokumente/Offener Brief an die FDP Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung.pdf](https://www.foodwatch.org/fileadmin/-DE/Themen/Kinderernaehrung/Dokumente/Offener_Brief_an_die_FDP_Kinderschutz_in_der_Lebensmittelwerbung.pdf)
- Robert Koch-Institut: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) – Die zweite Folgerhebung der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2018, <https://edoc.rki.de/handle/176904/3050>
- WHO European Regional Obesity Report (2022): <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2022/5/obesity-causes-cancer-and-is-major-determinant-of-disability-and-death,-warns-new-who-report>
- Policy Brief zur Ausgestaltung des Werbeverbots von AOK-Bundesverband, vzbv und DANK an die Bundesregierung (2022), <https://t1p.de/z9px9>
- Lebensmittel Zeitung: SPD-Chef Klingbeil kritisiert Özdemir-Entwurf; <https://www.lebensmittelzeitung.net/politik/nachrichten/kinder-lebensmittel-werbegesetz-spd-chef-klingbeil-kritisiert-oezdemir-entwurf-173426>, 15.09.2023

(Es gilt das gesprochene Wort!)



Berlin, November 2023

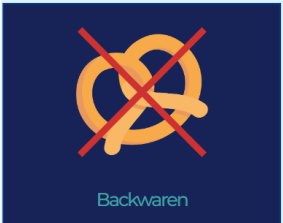

Aussagen von www.lieber-mündig.de	Faktencheck DANK: Warum die Darstellung der BVE irreführend ist
<p>„Es gibt keine Wirksamkeitsstudien“ „Es gibt zwar Untersuchungen, wonach sich das Kaufverhalten bestimmter Produkte durch Werbeverbote verschoben hat bzw. gesunken ist. Allerdings sagt das Kaufverhalten noch nichts über die Übergewichtsentwicklung aus, die als Zielgröße für die Maßnahme „Werberestriktionen“ genannt wird. (...)“</p> <p>Außerdem gibt es keine belastbaren wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit der Werbebeschränkungen auf die Gesamternährung und die Entwicklung von kindlichem Übergewicht. (...)“</p> <p>Dass es trotzdem Forderungen nach Werberestriktionen seitens NGOs oder Kinderärzte gibt, zeigt, dass hier Symbolpolitik auf Basis sehr schwacher wissenschaftlicher Evidenz gemacht wird.“</p>	<p>Zu den Auswirkungen von Werbung Lebensmittelwerbung beeinflusst die Präferenzen, das Kaufverhalten, die Essensauswahl und das Essverhalten von Kindern. Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen diese Zusammenhänge übereinstimmend.^{1,2,3,4,5,6,7,8} Die WHO und UNICEF bewerten die Evidenz für den Einfluss der Werbung als „eindeutig“ („unequivocal“).⁹ Die WHO zählt Werbebeschränkungen zu den wichtigsten Maßnahmen gegen die Adipositas-Epidemie.¹⁰</p> <p>Dennoch: Keine Einzelmaßnahme löst die Adipositas-Epidemie mal eben in Luft auf. Deshalb plädieren Fachorganisationen unisono für Maßnahmen-Bündel, die eine gesunde Ernährungsweise zur einfachen Wahl machen: durch ein verbessertes Angebot in Kitas und Schulen, durch eine Nährwertkennzeichnung in Ampelfarben, durch eine Reform der Lebensmittelsteuern <i>sowie</i> durch Beschränkungen der Werbung.^{11,12,13,14,15,16}</p> <p>Zu den Auswirkungen von Werberegulierungen Es liegt in der Natur der Sache, dass die Auswirkungen von <i>Werberegulierungen</i> viel schwieriger zu belegen sind als die Auswirkungen der Werbung an sich. Denn um die Wirksamkeit einer Werberegulierung zu belegen, muss diese zunächst in anderen Ländern umfassend eingeführt, dort staatlich konsequent durchgesetzt und über viele Jahre bis Jahrzehnte wissenschaftlich evaluiert werden. Lediglich zwei Staaten weltweit kommen dafür aktuell in Frage: Nur in Portugal (2019) und Chile (2018) sind umfassende Werbebeschränkungen für ungesunde Lebensmittel, die mit den Plänen des BMEL in etwa vergleichbar sind, bereits in Kraft. Alle anderen Regelungen sind entweder nur partiell (z.B. Südkorea) oder noch nicht umfänglich in Kraft getreten (z.B. Großbritannien) und daher nicht vergleichbar.^{17,18}</p> <p>Dass noch keine belastbaren Untersuchungen auf die Entwicklung von kindlichem Übergewicht existieren, ist nicht anders zu erwarten. Zum einen sind die einzigen umfassenden gesetzlichen Regelungen (Chile, Portugal) erst vor wenigen Jahren in Kraft getreten. Zum anderen sind belastbare epidemiologische Messungen zur Entwicklung des Gewichtsstatus bei Kindern und Jugendlichen sehr aufwändig und werden oft nur etwa zehnjährlich erhoben – in Deutschland beispielsweise fanden die letzten repräsentativen Messungen in den Jahren 2014-2017 statt.¹⁹ Selbst wenn Deutschland im Jahr 2018 ein komplettes Werbeverbot eingeführt hätte, hätten wir bis heute keine belastbaren Untersuchungen, wie sich Adipositas bei Kindern seither entwickelt hat.</p> <p>Trotz dieser Limitation ist es irreführend, zu behaupten, es gebe „keine Wirksamkeitsstudien“. So sind u.a. die Auswirkungen von Werberegulierungen auf das Kaufverhalten gut dokumentiert. Eine weltweite Studie, die die Junkfood-Verkaufszahlen aus 79 Staaten mit verbindlichen Werbebeschränkungen, freiwilligen Selbstverpflichtungen und ohne Werbebeschränkung vergleicht, zeigt: In Ländern mit gesetzlichen Werbebeschränkungen (n=16) war der Junkfood-Verkauf im Zeitraum 2002 bis 2016 um 8,9 Prozent gesunken, in Ländern ohne Werbebeschränkungen (n=30) um 13,9 Prozent gestiegen, in Ländern mit freiwilligen Selbstverpflichtungen um 1,7 Prozent gestiegen.²⁰</p>

<p>„Beispiel Großbritannien – seit 15 Jahren Werbeverbote, aber Übergewicht bleibt gleich“ „In Großbritannien beispielsweise gibt es bereits seit mehr als 15 Jahren Werbeverbote und die Übergewichts- und Adipositasraten sind dadurch nicht gesunken.“</p>	<p>Die hier zitierten Daten aus Großbritannien sind kein Beleg für die fehlende Wirksamkeit einer Werbebeschränkung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es unterstellt niemand einen monokausalen Zusammenhang zwischen Adipositas und Werbung unter Ausschluss jeglicher anderen Einflüsse. Eine reine Betrachtung der Datenreihe sagt nichts darüber aus, wie sich die Adipositas-Prävalenz ohne die Werbebeschränkungen entwickelt hätte. 2. Die Werbebeschränkung aus 2007 in Großbritannien ist nicht mit den Regelungen vergleichbar, die aktuell in Deutschland zur Diskussion stehen. Der damalige Ansatz umfasste lediglich das Umfeld von Kindersendungen in TV und Radio.^{21,22} Eine umfassende Uhrzeiten-Regelung und ein Verbot der Online-Werbung für Ungesundes – ähnlich wie es das BMEL für Deutschland vorschlägt – soll in Großbritannien erst noch in Kraft treten und wurde zuletzt mehrfach verschoben.²³ 3. Zudem ist der Anspruch, die Adipositas-Prävalenz müsste <i>sinken</i>, um die Wirksamkeit einer Maßnahme zu belegen, nicht nachvollziehbar. Das globale Ziel der WHO ist, den Anstieg der Adipositas in allen Altersgruppen zu stoppen – schon das wäre ein Erfolg, den im Moment kein Staat in der Region erreicht.^{24,25}
<p>Daten aus dem Jahr 2021/2022 des National Child Measurement Programme [in Großbritannien] zeigen beispielsweise, dass fast 38 Prozent der zehn- bis elfjährigen Kinder übergewichtig sind, 23 Prozent davon sogar adipös. Zum Vergleich: In Deutschland sind laut KiGGS-Welle 2 ca. 15 Prozent der Drei- bis 17-jährigen übergewichtig und davon knapp sechs Prozent adipös.</p>	<p>Diese Daten sind aus verschiedenen Gründen nicht miteinander vergleichbar und dienen offenbar dazu, das Problem in Deutschland zu verharmlosen. Dass die BVE trotz öffentlicher Kritik²⁶ den Vergleich weiter bemüht, spricht Bände.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adipositas im Kindesalter wird in den beiden Staaten völlig unterschiedlich berechnet. Kinder, die nach dem britischen Referenzsystem^{27,28} als übergewichtig gelten, sind nach dem deutschen Referenzsystem²⁹ zum Teil noch normalgewichtig. Die Zahlen sind allein aus diesem Grund überhaupt nicht vergleichbar. 2. Die Daten beziehen sich jeweils auf eine andere Altersgruppe: 10-11-jährige in Großbritannien und 3-17-jährige in Deutschland. Auch deshalb verbietet sich der Vergleich. 3. Die Daten beziehen sich auf einen anderen Zeitpunkt: 2021/2022 in Großbritannien und 2014-2017 in Deutschland. Die Entwicklung seit Beginn der Corona-Pandemie, mit dem beobachteten Gewichtsanstieg, ist in den Daten aus Deutschland noch nicht enthalten.^{30,31,32} <p>Daten der WHO zeigen, dass die Prävalenz der Adipositas bei Kindern in Deutschland und Großbritannien in etwa vergleichbar hoch ist. Gemessen im WHO-Referenzsystem waren im Jahr 2015 11,5% der 5-9-Jährigen in Großbritannien und 11,2% der 5-9-Jährigen in Deutschland von Adipositas betroffen. Bei der Altersgruppe der 5-19-Jährigen lag die Adipositas-Prävalenz in Großbritannien bei 10,1% und in Deutschland bei 8,7%.³³ Das zeichnet ein völlig anderes Bild als die Zahlen der BVE, wonach in Großbritannien die Adipositasrate etwa vier Mal so hoch sei.</p>

<p>Auswirkungen Werbeverbote auf Medien, Kultur und Sport „Werbeverbote stellen einen tiefgreifenden Eingriff in die Refinanzierungsfreiheit der Medien dar. Für einen Großteil der privaten Medien in Deutschland ist Werbung die mit Abstand wichtigste Einnahmequelle und damit unverzichtbar für die Refinanzierung von Inhalten. (...)“</p> <p>Umfassende Werbeverbote und -beschränkungen für Lebensmittel hätten nicht nur gravierende negative Auswirkungen auf die ohnehin krisenbelasteten Medienanbieter selbst, sondern auf die Informations-, Meinungs-, Presse- und Medienvielfalt in Deutschland insgesamt.“</p>	<p>Das Schreckensszenario impliziert, die Werbung für Lebensmittel wäre der Eckpfeiler der Medienfinanzierung und sie würde im Falle einer Werberegulierung komplett wegbrechen. Beides ist nicht der Fall:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Werbung für das gesündeste Drittel des Lebensmittelangebots³⁴ dürfte weiter umfassend betrieben werden. Die Werbebudgets aus dem Feld Ernährung würden nicht komplett ausfallen, sondern umgeschichtet.2. Gemessen an den gesamten TV-Werbeinnahmen von 17 Mrd. Euro macht die Lebensmittelwerbung etwa 12 Prozent aus, Süßwarenwerbung 5 Prozent.³⁵ Selbst bei der Annahme, ein Drittel der gesamten Lebensmittelwerbung fiel ersatzlos weg und würde nicht durch Werbung für gesunde Lebensmittel oder für andere Güter ersetzt, wäre der Rückgang am Gesamtvolumen der TV-Werbung nur etwa 4 Prozent. <p>Davon abgesehen ist die Betrachtung der BVE selektiv und verkennt die Vorteile. Ein britisches Assessment zur Werberegulierung hat die ökonomischen Auswirkungen modelliert: Für das empfohlene Szenario – eine umfassende Regelung, vergleichbar mit den Plänen des BMEL – liegen die gesamtgesellschaftlichen Kosten bei etwa 670 Mio. Pfund – hauptsächlich durch den Rückgang der Einnahmen durch Junkfood-Werbung. Dem gegenüber stehen aber 2,2 Mrd. Pfund an Nutzen für die Gesellschaft – insbesondere durch die erwarteten Gesundheitsvorteile.³⁶“</p>
<p>Was wollen wir „Erst im Oktober 2022 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Bericht zur Bewegungsarmut in Europa veröffentlicht. Besonders dramatisch sind die Zahlen für Deutschland bei den elf- bis 17-Jährigen: 88 Prozent der Mädchen und 80 Prozent der Jungen bewegen sich zu wenig, d. h. sie erreichen die Empfehlungen von 150 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität pro Woche NICHT.“</p>	<p>Bewegung beugt der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes und verschiedener Krebsarten vor. Insbesondere Jugendliche bewegen sich deutlich weniger als von der WHO empfohlen.³⁷ Es ist eine wichtige Zielsetzung, die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen zu erhöhen. Doch in der Debatte zur Prävention ernährungsbedingter Krankheiten nutzt die Lebensmittelindustrie das Thema Bewegungsmangel als Ablenkungsmanöver, um die Rolle der Ernährung kleinzureden. Das ist eine Strategie, um die Aufmerksamkeit auf andere Risikofaktoren zu lenken („shifting the blame“) und so staatliche Eingriffe zu verzögern.</p> <p>Eine unausgewogene Ernährung ist nachweislich ein zentraler Faktor für die Entstehung ernährungsbedingter Krankheiten. Der OECD zufolge sind etwa 14% der Todesfälle in Deutschland insbesondere auf eine schlechte Ernährung zurückzuführen.³⁸ Deshalb ist es unerlässlich, dass eine gesunde Ernährung gefördert wird – <i>unabhängig</i> von Maßnahmen gegen Bewegungsmangel. Dass die BVE sich beim Thema Bewegungsförderung ausführlich auf die WHO-Empfehlungen beruft aber gleichzeitig die WHO-Empfehlungen im Bereich Ernährung nahezu vollständig negiert, ist in hohem Maße widersprüchlich.</p>

<p>Produktaussagen von www.lieber-mündig.de: “Für diese Lebensmittel dürfte nicht mehr geworben werden“</p>	<p>Faktencheck DANK: Warum die Darstellung der BVE irreführend ist</p>
<div data-bbox="107 284 387 504" data-label="Image"> </div> <p><u>Maultaschen</u> „Verzehr fertige Gerichte, Fertiggerichte, Zubereitungen von Lebensmitteln und zusammengesetzte Lebensmittel mit mehr als 10 g Fett und/oder 4 g gesättigte Fettsäuren und/oder 10 g Zucker und/oder 1 g Salz und/oder 255 kcal pro 100 Lebensmittel. Beispiel: Maultaschen enthalten 1,5 g Salz pro 100 g und dürften damit nicht mehr beworben werden.“</p>	<p><u>Allgemeines zur WHO-Produktkategorie „Verzehr fertige Gerichte“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die BVE bezieht sich auf das veraltete WHO-Modell; die neuen Grenzwerte in der Produktkategorie sind 17g Fett, 6g ges. Fett, 12,5g Zucker, 1,27g Salz, 225kcal - Die WHO hat 13.309 Produkte aus der Produktkategorie überprüft; 66% erfüllen die Kriterien und dürften weiterhin uneingeschränkt beworben werden <p><u>Konkret zum Produkt Maultaschen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Werbeaufwendungen für das Produkt Maultaschen sind irrelevant - Maultaschen enthalten nicht kategorisch 1,5g Salz pro 100g, der Salzgehalt variiert - Die Rewe Bio Maultaschen Rind & Schwein, die Bürger Vegane Mini-Maultaschen oder die Bürger Bio-Gemüsemaultaschen z.B. halten die WHO-Kriterien bereits ein - Andere Produkte wie z.B. die Bürger Spinat Maultaschen oder die Bürger Maultaschen mit Hähnchenfleisch liegen mit 1,3g bzw. 1,4g Salz pro 100g nur minimal über dem Salz-Grenzwert von 1,27g und hielten nach einer geringen Rezepturanpassung die WHO-Kriterien ebenfalls ein <p>Fazit: Von einem kategorischen Werbeverbot für Maultaschen kann keine Rede sein.</p>
<div data-bbox="107 962 387 1182" data-label="Image"> </div> <p><u>Ananas aus der Dose</u> „Verarbeitetes oder haltbar gemachtes Obst, Gemüse und verarbeitete oder haltbar gemachte Hülsenfrüchte mit mehr als 5 g Fett und/oder 10 g Zucker und/oder 0 g Zuckerzusatz und/oder 1 g Salz pro 100 g Lebensmittel. Eine Ananas-Konserve enthält abgetropft 15 g Zucker pro 100 g und dürfte damit nicht mehr beworben werden.“</p>	<p><u>Allgemeines zur WHO-Produktkategorie „verarbeitetes Obst und Gemüse“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die BVE bezieht sich auf das veraltete WHO-Modell; die neuen Grenzwerte in der Produktkategorie sind 3g Fett, 12,5g Zucker, 0g Zuckerzusatz, 1,27g Salz - Die WHO hat 10.717 Produkte aus der Produktkategorie überprüft; 39% erfüllen die Kriterien und dürften weiterhin uneingeschränkt beworben werden <p><u>Konkret zum Produkt „Ananas aus der Dose“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Werbeaufwendungen für das Produkt „Ananas aus der Dose“ sind irrelevant - Gezuckerte Ananas-Konserven (Rewe, Del Monte) enthalten etwa 15 g Zucker pro 100 g und wären damit (theoretisch) von der Werbebeschränkung betroffen - Ungezuckerte Ananas-Konserven (Rewe, Fairtrade) enthalten nur etwa 10 g Zucker pro 100 g und erfüllen auch die übrigen Nährwert-Kriterien, sie wären nicht betroffen <p>Fazit: Von einem kategorischen Werbeverbot für Ananas-Konserven kann keine Rede sein.</p>

 <p>Gnocchi</p>	<p>Gnocchi „Frische oder trockene ungefüllte Teigwaren, Reis und Getreide mit mehr als 10 g Fett und/oder 10 g Zucker und/oder 1,2 g Salz pro 100 g Lebensmittel. Beispiel: Gnocchis enthalten 1,4 g Salz auf 100 g und dürften damit nicht mehr beworben werden.“</p>	<p><u>Allgemeines zur WHO-Produktkategorie „Frische oder trockene ungefüllte Teigwaren“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die BVE bezieht sich auf das veraltete WHO-Modell; die neuen Grenzwerte in der Produktkategorie sind 17g Fett, 12,5g Zucker, 1,27g Salz - Die WHO hat 2.598 Produkte aus der Produktkategorie „Frische oder trockene ungefüllte Teigwaren“ überprüft; 89% erfüllen die Kriterien und dürften weiterhin uneingeschränkt beworben werden <p><u>Konkret zum Produkt Gnocchi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Werbeaufwendungen für das Produkt Gnocchi sind irrelevant - Gnocchi ohne Füllung enthalten in aller Regel weniger als 1,4g Salz pro 100g - So erfüllen die Rewe Beste Wahl Gnocchi, die Henglein Kartoffel-Gnocchi, die Pasta Nuova Bio Gnocchi sowie die ja! Gnocchi die WHO-Kriterien, sie wären nicht betroffen <p>Fazit: Von einem kategorischen Werbeverbot für Gnocchi kann keine Rede sein.</p>
 <p>Früchtemüsli</p>	<p>Früchtemüsli „Frühstückscerealien mit mehr als 10 g Fett und/oder 15 g Zucker und/oder 1,6 g Salz pro 100 g Lebensmittel. Beispiel: Vollkornfrüchtemüsli enthält ca. 17 g Zucker und dürfte damit nicht mehr beworben werden.“</p>	<p><u>Allgemeines zur WHO-Produktkategorie „Frühstückscerealien“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die BVE bezieht sich auf das veraltete WHO-Modell; die neuen Grenzwerte in der Produktkategorie sind 17g Fett, 12,5g Zucker, 1,27g Salz - Die WHO hat 2.991 Produkte aus der Produktkategorie „Frühstückscerealien“ überprüft; etwa 18% der Produkte erfüllen die WHO-Kriterien - Der oft sehr hohe Zuckergehalt bei Frühstückscerealien wurde vielfach in Marktstudien und Untersuchungen nachgewiesen³⁹ – das Problem ist also das Angebot, nicht die strengen Grenzwerte <p><u>Konkret zum Produkt Früchtemüsli</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Früchtemüsli enthalten nicht kategorisch 17g Zucker je 100g, der Gehalt variiert stark - So erfüllen z.B. die Seitenbacher Fitness-Mischung, das Mymüsli Bio Beerenmüsli, das Bauckhof BeerenMüsli oder das Erdbär Freche Freunde Müsli die WHO-Kriterien - Andere Früchtemüslis wie das Dr. Oetker Vitalis Joghurt-Müsli, das ja! Früchtemüsli oder das Kölln Müsli Cranberry hingegen überschreiten den Zucker-Wert <p>Fazit: Von einem kategorischen Werbeverbot für Früchtemüsli kann keine Rede sein.</p>

 <p>Backwaren</p>	<p>Backwaren</p> <p>„Brot (einschließlich gesüßtes Brot), ungesüßte Backwaren, Knäckebrötchen, Zwieback und ähnliche Waren (einschließlich Teig zur Herstellung dieser Waren) mit mehr als 10 g Fett und/oder 10 g Zucker und/oder 1,2 g Salz pro 100 g Lebensmittel. Beispiel: Sogar eine Laugenbrezel, bei der das sichtbare Salz entfernt wurde, hat noch 1,9 g Salz pro 100 g und dürfte nicht mehr beworben werden.“</p>	<p><u>Allgemeines zur WHO-Produktkategorie „Brot und Backwaren“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die BVE bezieht sich auf das veraltete WHO-Modell; die neuen Grenzwerte in der Produktkategorie sind 17g Fett, 12,5g Zucker, 1,27g Salz - Die WHO hat 2.652 Produkte aus der Produktkategorie „Brot und Backwaren“ überprüft, 57% erfüllen die Kriterien und dürften auch weiterhin uneingeschränkt beworben werden - Das Produktmonitoring des Max-Rubner-Instituts (MRI) stellte 2021 für „Brot und Kleingebäck“ einen Salzgehalt von 1,2g pro 100g im Median fest⁴⁰ – die meisten Produkte erfüllen somit den WHO-Grenzwert für Salz <p><u>Konkret zum Produkt Laugenbrezel und Laugengebäck</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Werbeaufwendungen für das Produkt Laugenbrezel sind irrelevant - Laugengebäck enthält laut MRI im Median 2,5g Salz pro 100g – das ist in etwa doppelt so viel Salz wie andere Backwaren enthalten⁴¹ - Laugengebäck erfüllt in der Regel nicht die WHO-Kriterien und wäre (theoretisch) von den Werbebeschränkungen betroffen – das ist mit Blick auf den erhöhten Salzgehalt der Produktgruppe und die zu hohe Salzaufnahme von Kindern⁴² ernährungsphysiologisch gut begründbar <p>Fazit: Von einem kategorischen Werbeverbot für „Backwaren“ kann keine Rede sein. Dass Laugengebäck die WHO-Kriterien i.d.R. nicht erfüllt, spricht für die Validität des Modells.</p>
 <p>Schinkenwurst</p>	<p>Schinkenwurst</p> <p>„Verarbeitungserzeugnisse und Zubereitungen von: Fleisch, Fisch, Krebstieren, Weichtieren und anderen wirbellosen Wassertieren mit mehr als 20 g Fett und/oder 1,7 g Salz pro 100 g Lebensmittel. Beispiel: Schinkenwurst hat einen Fettgehalt von 23 g Fett pro 100 g und dürfte damit nicht mehr beworben werden.“</p>	<p><u>Allgemeines zur WHO-Produktkategorie „verarbeitetes Fleisch, Fisch, Krebstiere etc.“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die BVE bezieht sich auf das veraltete WHO-Modell; die neuen Grenzwerte sind 17g Fett, 1,27g Salz - Die WHO hat 11.266 Produkte aus der Produktkategorie „verarbeitetes Fleisch, Fisch, Krebstiere etc.“ überprüft, etwa 20% der Produkte erfüllen die WHO-Kriterien <p><u>Konkret zum Produkt Schinkenwurst</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verarbeitetes Fleisch und Wurstwaren gelten als gesichert krebserregend⁴³ - Insbesondere Jungen und männliche Jugendliche verzehren deutlich mehr Wurst als empfohlen⁴⁴ - Schinkenwurst erfüllt in der Regel nicht die WHO-Kriterien und wäre von den Werbebeschränkungen betroffen – das ist ernährungsphysiologisch gut begründbar <p>Fazit: Dass verarbeitetes Fleisch und Schinkenwurst die WHO-Kriterien i.d.R nicht einhalten, spricht für die Validität des Modells.</p>

Quellen

- ¹ Cairns, Georgina, Angus, Kathryn, Hastings, Gerard & World Health Organization. (2009). The extent, nature and effects of food promotion to children : a review of the evidence to December 2008 / by Georgina Cairns, Kathryn Angus and Gerard Hastings. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44237>
- ² Smith R, Kelly B, Yeatman H, Boyland E. Food Marketing Influences Children's Attitudes, Preferences and Consumption: A Systematic Critical Review. *Nutrients*. 2019 Apr 18;11(4):875. doi: 10.3390/nu11040875. PMID: 31003489; PMCID: PMC6520952.
- ³ Russell SJ, Croker H, Viner RM. The effect of screen advertising on children's dietary intake: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2019 Apr;20(4):554-568. doi: 10.1111/obr.12812. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30576057; PMCID: PMC6446725.
- ⁴ Boyland E, McGale L, Maden M, Hounscome J, Boland A, Angus K, Jones A. Association of Food and Nonalcoholic Beverage Marketing With Children and Adolescents' Eating Behaviors and Health: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022 Jul 1;176(7):e221037. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.1037. Epub 2022 Jul 5. PMID: 35499839; PMCID: PMC9062773.
- ⁵ Lobstein T, Neveux M. A review of systematic reviews of the impact on children of three population-wide policies. 2021
- ⁶ Powell LM, Wada R, Khan T, and Emery SL. Food and beverage television advertising exposure and youth consumption, body mass index and adiposity outcomes. *Canadian Journal of Economics*, 2017; 50(2):345-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28947838/>
- ⁷ Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs, and behaviours: a narrative review. CC BY-NC-SA 3.0 IGO Geneva: World Health Organization, 2022. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/>
- ⁸ McCarthy CM, de Vries R, Mackenbach JD. The influence of unhealthy food and beverage marketing through social media and adver gaming on diet-related outcomes in children—A systematic review. *Obesity Reviews*. 2022:e13441
- ⁹ <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1426078/retrieve>
- ¹⁰ <https://www.who.int/europe/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-reverse-its-obesity--epidemic>
- ¹¹ <https://www.who.int/europe/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-reverse-its-obesity--epidemic>
- ¹² <https://www.worldobesity.org/resources/policy-dossiers>
- ¹³ <https://epha.org/regulate-food-marketing/>
- ¹⁴ <https://www.unicef.org/media/116691/file/Marketing%20restrictions.pdf>
- ¹⁵ <https://adipositas-gesellschaft.de/breites-bundnis-um-starkoch-jamie-oliver-fordert-umfassenden-schutz-von-kindern-gegen-junkfood-werbung/>
- ¹⁶ Politik für eine nachhaltigere Ernährung: Eine integrierte Ernährungspolitik entwickeln und faire Ernährungsumgebungen gestalten. Gutachten des Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz (WBAE) beim BMEL, Juni 2020
- ¹⁷ Vgl. https://www.globalfoodresearchprogram.org/wp-content/uploads/2022/05/Marketing_maps_upload.pdf#page=2 sowie alternative auch World Cancer Research Fund. NOURISHING framework database. Abgerufen am 30.01.2023: <https://www.wcrf.org/policy/policy-databases/nourishing-framework/>
- ¹⁸ <https://www.gov.uk/government/news/government-delays-restrictions-on-multibuy-deals-and-advertising-on-tv-and-online>
- ¹⁹ Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):16–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2
- ²⁰ Kovic, Yumi, "The Impact of Junk Food Marketing Regulations on Food Sales: An Ecological Study" (2019). Master's Theses. 1324. https://opencommons.uconn.edu/gs_theses/1324 u.a. zitiert in WBAE-Gutachten, Juni 2020 – Tabelle 8-6: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/Beiraete/agrarpolitik/wbae-gutachten-nachhaltige-ernaehrung.pdf?__blob=publicationFile&v=3#page=594
- ²¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cjag.12078>
- ²² https://www.globalfoodresearchprogram.org/wp-content/uploads/2022/05/Marketing_maps_upload.pdf#page=2
- ²³ <https://www.gov.uk/government/news/government-delays-restrictions-on-multibuy-deals-and-advertising-on-tv-and-online>

- ²⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312281/WHO-NMH-NMA-16.192-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ²⁵ WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ²⁶ https://twitter.com/oliver_huizinga/status/1635682846382731280
- ²⁷ Cole TJ, Freeman JV, Preece MA. Body mass index reference curves for the UK, 1990. Archives of Disease in Childhood 1995 73:25-29.
- ²⁸ <https://fingertips.phe.org.uk/profile/national-child-measurement-programme/data#page/13/>
- ²⁹ Vgl. <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/adipositas-im-kindes-jugendalter/>
- ³⁰ DAK-Gesundheit. Kinder- und Jugendreport 2021: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Suchterkrankungen. November 2021.
- ³¹ Vogel, M., Geserick, M., Gausche, R. et al. Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. Int J Obes 46, 144–152 (2022).
- ³² DAG, EKfZ für Ernährungsmedizin. Wie Corona das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen verändert hat. Ergebnisse einer repräsentativen Elternbefragung (2021): <https://adipositas-gesellschaft.de/forsa-umfrage-zeigt-folgen-der-corona-krise-fuer-kinder-gewichtszunahme-weniger-bewegung-mehr-suesswaren-jedes-sechste-kind-ist-dicker-geworden/>
- ³³ [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-children-and-adolescents-bmi-2-standard-deviations-above-the-median-(crude-estimate)-(-))
- ³⁴ Vgl. Table A1.2., S. 21 - WHO Regional Office for Europe nutrient profile model: second edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ³⁵ <https://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/fernsehwerbung-6-grafiken-zeigen-so-hart-wuerde-das-suesswaren-werbeverbot-deutsche-sender-treffen/28944190.html>
- ³⁶ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/996232/impact-assessment-hfss-advertising.pdf#page=106
- ³⁷ Vgl. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- ³⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2021, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/33663583-de>.
- ³⁹ Vgl. https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index_23416.html oder <https://www.foodwatch.org/de/aktuelle-nachrichten/2019/marktstudie-fruehstuecksflocken-und-joghurts-fuer-kinder-fast-alles-ueberzuckert/>
- ⁴⁰ Vgl. Demuth I, Busl L, Ehnle-Lossos M, Elflein A, Fark N, Goos E, Turban C, Werner L, Werner R, Storcksdieck genannt Bonsmann S, Roser S, Hoffmann I: Produktmonitoring 2020 Ergebnisbericht. Max Rubner-Institut, Karlsruhe, 2021, doi: 10.25826/20210413-112556.
- ⁴¹ Vgl. Demuth I, Busl L, Ehnle-Lossos M, Elflein A, Fark N, Goos E, Turban C, Werner L, Werner R, Storcksdieck genannt Bonsmann S, Roser S, Hoffmann I: Produktmonitoring 2020 Ergebnisbericht. Max Rubner-Institut, Karlsruhe, 2021, doi: 10.25826/20210413-112556.
- ⁴² Vgl. <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/degs-salzstudie.html>
- ⁴³ Vgl. International Agency for Research on Cancer. Volume 114: Consumption of red meat and processed meat. IARC Working Group. Lyon; 6–13 September, 2015. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.
- ⁴⁴ Gert B. M. Mensink, Marjolein Haftenberger, Clarissa Lage Barbosa, Anna-Kristin Brettschneider, Franziska Lehmann, Melanie Frank, Karoline Heide, Ramona Moosburger, Eleni Patelakis und Hanna Perlit. EsKiMo II - Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul, Robert Koch-Institut, Berlin 2020

STATEMENT

Neue Leitlinie Diabetes im Kindes- und Jugendalter: Was ist neu?

Dr. med. Ralph Ziegler

Diabetologische Schwerpunktpraxis für Kinder und Jugendliche, Münster

Deutschland zählt weltweit zu den 10 Ländern mit der größten Häufigkeit an Typ-1-Diabetes.

Im Jahr 2020 lebten in Deutschland schätzungsweise 37 700 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren mit einem Typ-1-Diabetes mit deutschlandweit jährlich etwa 3 500 Neuerkrankungen (Buchmann 2023, Robert Koch-Institut (RKI) 2020, Stahl-Pehe 2022).

Aber auch andere Diabetesformen wie Typ-2-Diabetes, neonataler Diabetes bei Säuglingen unter 6 Monaten, weitere genetische Diabetestypen wie MODY oder als Folgeerkrankung bei zum Beispiel zystischer Fibrose gibt es in immer größerer Zahl bei Kindern und Jugendlichen.

Diese Kinder und Jugendlichen mit Diabetes müssen adäquat und bestmöglichst behandelt und betreut werden, um ihnen möglichst ein Leben ohne Einschränkungen (Teilhabe) zu gewährleisten und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Dafür sind fortlaufend aktualisierte Leitlinien mit konsentierten Empfehlungen notwendig, um alle Beteiligten (Behandelnde, Betreuende, Kostenträger und andere Organisationen sowie die Politik) fachlich auf den neuesten Kenntnisstand zu bringen.

Seit der letzten Aktualisierung von 2015 hat es in der Kinder-Diabetologie einen enormen technischen Fortschritt und inhaltliche Weiterentwicklung gegeben. Wichtige Fortschritte gibt es unter anderem auf den Gebieten der Früherkennung, Stadieneinteilung und Prävention, der Diabetestechnologie und Intensivierung der Insulintherapie. Besonders hervorzuheben ist die Empfehlung, allen Kindern und Jugendlichen nach deren Möglichkeiten eine Insulinpumpe, CGM (kontinuierliches Glukosemonitoring) und AID-System (automatisierte Insulinabgabe) anzubieten. Weitere wichtige Aspekte der aktualisierten Leitlinie liegen in der integral notwendigen psychologischen und psychosozialen Betreuung sowie in der Integration und Teilhabe von Kindern mit Typ-1-Diabetes in KiTa und Schule. Auch hier kann die Nutzung der neuen Technologien in der Diabetesbehandlung eine bessere Inklusion gewährleisten und eine Einschränkung der Teilhabe so gering wie möglich halten, damit zum Beispiel die Eltern ihre beruflichen Tätigkeiten nicht einschränken müssen, was nach einer letzten Studie bei 49,3 Prozent (!) der Fall war, mit der Folge von finanziellen Einbußen (Dehn-Hindenberg 2021).

Die mit hoher Evidenz basierten Empfehlungen der Leitlinie müssen dann umgesetzt und die entsprechenden aufwendigeren Therapieformen und Betreuungsmodelle nach partizipativer Entscheidungsfindung zwischen Diabetesteam und den Betroffenen und deren Familien von den Kostenträgern übernommen werden.

Und auch in der Diagnostik, Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit anderen Diabetesformen hat sich seit der letzten Aktualisierung der Leitlinie sehr viel getan.

Um den deutlich gestiegenen Anforderungen und dem vergrößerten Umfang gerecht zu werden, wurden mehrere Veränderungen bei der Leitlinien-Erstellung vorgenommen. Zum einen wurde die

Anzahl der Kapitelautoren erweitert und weitere Berufsgruppen des interdisziplinären Diabetesteams mit einbezogen, um eine möglichst breite Vielfalt der Expertise abzubilden. Zum anderen sind neue Kapitel dazugekommen wie zum Beispiel „Telemedizin und Videosprechstunde“, „Inklusion und Teilhabe“, andere Kapitel sind deutlich erweitert worden wie zum Beispiel „Risikofaktoren, Früherkennung und Prävention“, „Diabetes und Technologie“ und „Andere Diabetesformen“.

Die stetig neuen Entwicklungen in der Diabetestherapie müssen auf ihre Erfolge nach Evidenz überprüft und fachlich diskutiert werden, um dann in aktualisierten Leitlinien übernommen zu werden. Dies bedarf somit einer regelmäßigen Fortschreibung der Leitlinie, da nur so die Forderungen aus den konsensbasierten Empfehlungen nach einer modernen und umfassenden Behandlung und Betreuung erfüllt werden können. Damit können die für die Kinder und Jugendlichen mit Diabetes sowie ihre Familien notwendigen Therapie- und Betreuungsziele, Inklusion und Teilhabe sichergestellt werden und mögliche Folgeerkrankungen in der Zukunft reduziert beziehungsweise vermieden werden.

Literatur:

Buchmann M, Tuncer O, Auzanneau M, et al. Inzidenz, Prävalenz und Versorgung von Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Zeittrends und sozialräumliche Lage. *J Health Monit* 2023; 8(2):59–81.

Dehn-Hindenberg A, Saßmann H, Berndt V, et al. Long-term Occupational Consequences for Families of Children With Type 1 Diabetes: The Mothers Take the Burden. *Diabetes Care* 2021; 44(12):2656–63.

Robert Koch-Institut (RKI). RKI Diabetes Surveillance Kooperationsprojekte 2020. Available from: https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/kooperationen/projekte/2020/2020_node.html [cited 2022 Oct 3].

Stahl-Pehe A, Kamrath C, Prinz N, et al. Prevalence of type 1 and type 2 diabetes in children and adolescents in Germany from 2002 to 2020: A study based on electronic health record data from the DPV registry. *J Diabetes* 2022; 14(12):840–850.

S3-Leitlinie

„Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“, AWMF-Registernummer: 057-016, Oktober 2023

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Münster, 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, Alarmer 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.

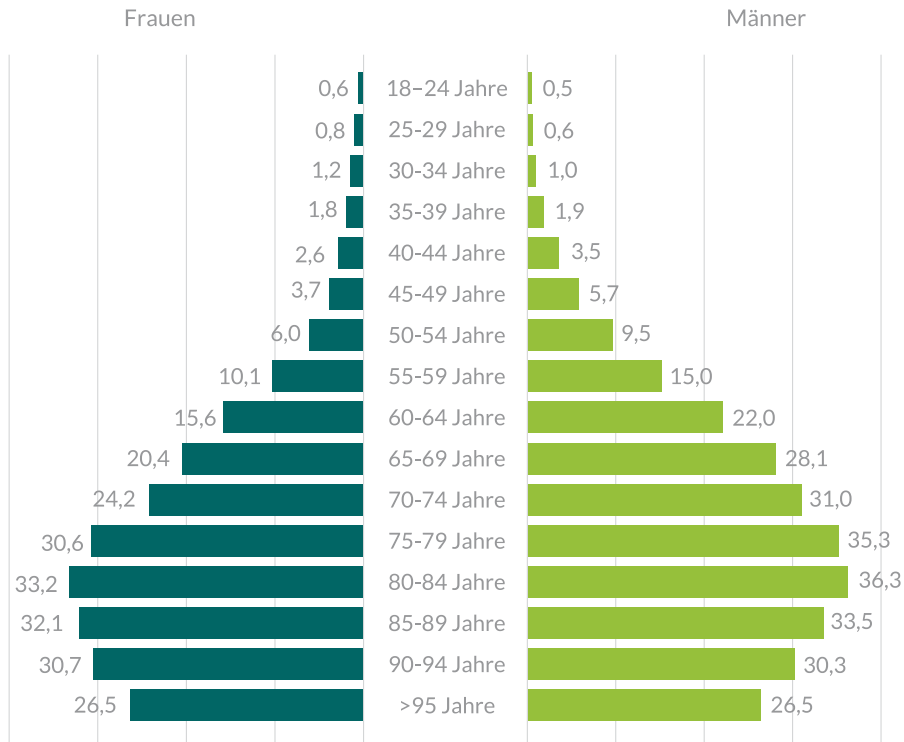
Diabetes Typ 1:

- **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.

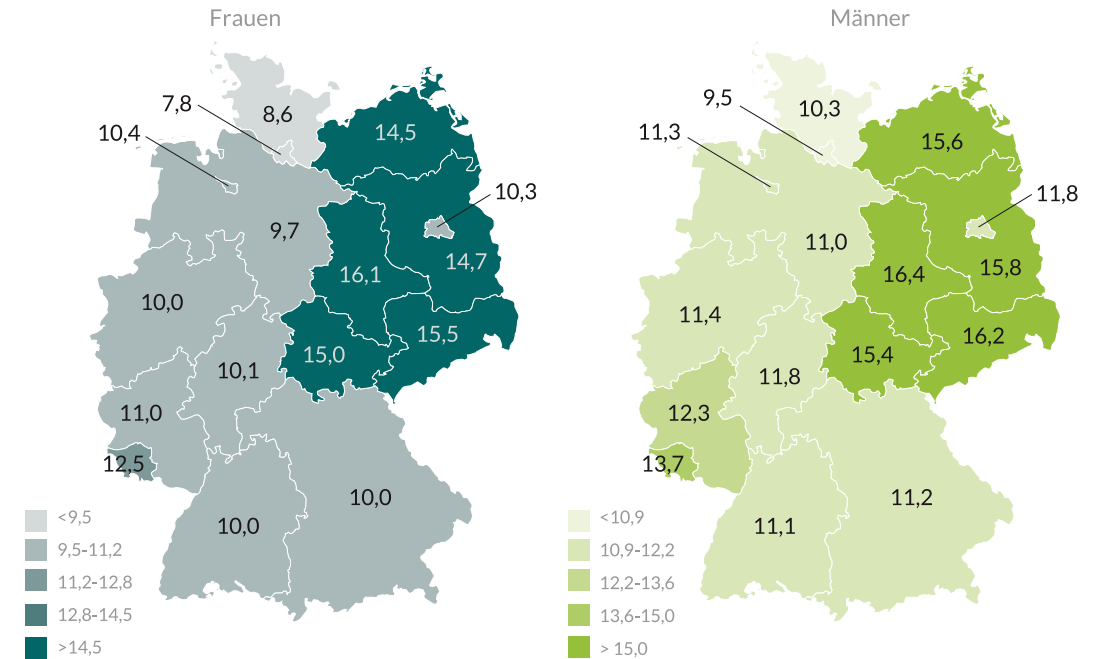
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© 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.

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: 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