



**Pressekonferenz im Vorfeld des Diabetes Kongresses 2023,
57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

„Diabetes neu denken – Vielfalt & Individualität“

Termin: Mittwoch, 10. Mai 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr, online

Link: <https://register.gotowebinar.com/register/382131298245948253>

Ihre Themen und Referierenden:

Kongresshighlights – Kongressmotto, neue Kongressformate, Themenschwerpunkte

Professor Dr. med. Matthias Blüher

Präsident Diabetes Kongress 2023, Direktor des Helmholtz-Instituts für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG), Helmholtz Zentrum München an der Universität Leipzig und dem Universitätsklinikum Leipzig AÖR

Screening auf Typ-1-Diabetes: Chancen, Nutzen, Risiken und ethische Aspekte

Professor Dr. med. Andreas Neu

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Kommissarischer Ärztlicher Direktor an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Tübingen

Diabetes Typ 1, Typ 2 und Subtypen – was bedeutet das für die individuelle Therapie?

Professor Dr. med. univ. Julia Szendrödi

Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Ernährung bei Typ-2-Diabetes: vergessene Therapiesäule neu entdeckt?

Professor Dr. med. Diana Rubin

Chefärztin am Zentrum für Ernährungsmedizin und Diabetologie am Vivantes Klinikum Spandau und Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

Moderation: Julia Hommrich, DDG Pressestelle

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2023

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 17. bis 20. Mai 2023

Olympiasieger Matthias Steiner lädt zum gemeinsamen Warm-up #JederSchrittZählt: Jetzt für den Diabetes-Lauf 2023 anmelden

Berlin, 10. Mai 2023 – Auf die Plätze, fertig, los – am Himmelfahrtstag fällt der Startschuss für den traditionellen Diabetes-Lauf im Rahmen des Diabetes Kongresses. Auch in diesem Jahr gilt wieder: gemeinsam laufen, walken, Spaß haben. Bei der Veranstaltung am 18. Mai 2023 (Himmelfahrt) um 18.15 Uhr rund um den Sommergarten am Funkturm sind neben den Kongressteilnehmenden – Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Ärztinnen und Ärzte, Diabetesberaterinnen und -berater – auch alle Menschen mit und ohne Diabetes willkommen, die gerne einzeln oder im Team laufen oder walken. Die Teilnahmegebühr von mindestens 15 Euro kommt Spendenprojekten von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und der Deutschen Diabetes Stiftung zugute. Mit dabei ist auch Olympiasieger Matthias Steiner, ehemaliger Gewichtheber im Superschwergewicht.

„Jeder Schritt zählt!“ lautet das Motto des diesjährigen Spendenlaufs der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Denn Bewegungsmangel ist neben Übergewicht und unausgewogener Ernährung einer der Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von Diabetes Typ 2. In Deutschland leben die meisten der aktuell mehr als 8,7 Millionen Diabetes-Betroffenen mit diesem Typ der chronischen Stoffwechselerkrankung. Die DDG will mit dem Diabetes-Lauf das Bewusstsein dafür stärken: „Laufen und walken sind im Alltag die Bewegungsformen mit dem geringsten Aufwand, aber sehr effektiv, um Diabetes Typ 2 vorzubeugen. Daher freue ich mich, dass der Diabetes-Lauf auch in diesem Jahr wieder ein fester Bestandteil des Kongressprogramms ist“, sagt Professor Dr. med. Matthias Blüher, Kongresspräsident Diabetes Kongress 2023, Vorstandsmitglied und Mediensprecher der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG), Direktor des Helmholtz-Instituts für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG), Helmholtz Zentrum München an der Universität Leipzig und dem Universitätsklinikum Leipzig AöR. „Ich lade alle ein, mitzulaufen und Menschen mit Diabetes sowie die Diabetologie sichtbar zu unterstützen“, appelliert Blüher.

Mit am Start ist auch Matthias Steiner, der 2008 Olympiasieger im Gewichtheben im Superschwergewicht wurde. Steiner lebt seit seinem 18. Lebensjahr mit Diabetes Typ 1 und setzt sich seit Jahren für die Diabetesaufklärung ein. Dem ehemaligen Leistungssportler fällt es leicht, sich viel zu bewegen: „Das kann jedem Menschen im Alltag gelingen, ohne Leistungssport mit hohem Zeitaufwand betreiben zu müssen.“ Der Unternehmer und Autor motiviert die Teilnehmenden vor dem Startschuss: „Wir starten mit Power gemeinsam in den Lauf. Mitmachen kann jeder und jede – egal, ob als Joggerin oder Walker, ob alleine oder im Team. Ich freue mich, wenn wir gemeinsam ein starkes Zeichen setzen.“

Die 15 Euro Startgebühr kommen zu 100 Prozent der Kampagne #SagEsLaut von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und Projekten der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS) zugute. Die Awareness-Kampagne #SagEsLaut soll Menschen mit Diabetes mehr Sichtbarkeit geben. Denn viele Betroffene fühlen sich von der Politik mit ihren Bedarfen und Bedürfnissen im Stich gelassen (weitere Informationen unter: <https://www.diabetes-stimme.de/sageslaut>).

Die 5 Kilometer lange Strecke des Diabetes-Laufs führt vom CityCube Berlin durch den Sommergarten unter dem Funkturm und zurück. Eine Anmeldung direkt auf dem Kongress ist bis zum 18. Mai 2023 um 17 Uhr auch möglich, Interessierte können sich ab sofort auch online anmelden: [Diabetes Lauf, 18.05.2023: my.race | result \(raceresult.com\)](#). Eine Kongressteilnahme ist für den Lauf nicht erforderlich.

Der diesjährige Diabetes Kongress wird als Hybrid-Veranstaltung stattfinden. Vor Ort können sich Teilnehmende mit Kolleginnen und Kollegen austauschen und vom gesamten Vortragsangebot profitieren. Zeitgleich werden einige Vorträge live gestreamt, die Teilnahme an Workshops ist jedoch ausschließlich vor Ort in Berlin möglich. Im Nachgang der Tagung sind alle Vorträge 6 Monate digital on demand abrufbar.

Die 57. Jahrestagung der DDG beginnt offiziell am Mittwoch, den 17. Mai 2023, um 17.00 Uhr mit einer Eröffnungsveranstaltung. Das Kongressprogramm ist im Internet unter [Diabetes Kongress 2023](#) abrufbar. Interessierte können sich ab sofort direkt online anmelden unter [Registrierung | Diabetes Kongress 2023](#).

Terminhinweis

Diabetes-Lauf (5-km-Lauf oder -Walk)

Donnerstag, den 18.5.2023 (Himmelfahrt)

Eröffnung: 17.30 Uhr, Start: 18.15 Uhr

Ort: CityCube, Berlin

Anmeldung: [Diabetes Lauf, 18.05.2023: my.race | result \(raceresult.com\)](#)

PRESSEMITTEILUNG

57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 17. bis 20. Mai 2023

Wie sinnvoll ist die Früherkennung bei Kindern auf Typ-1-Diabetes? Diabetes-Experten diskutieren über Chancen, Risiken und ethische Aspekte

Berlin, 10. Mai 2023 – Diabetes Typ 1 ist eine Autoimmunerkrankung, die vor allem in westlichen Industrieländern, darunter auch in Deutschland, zunimmt: Derzeit leben vier von 1000 Kindern und Jugendlichen hierzulande damit. Experten schätzen, dass sich die Zahl bis 2040 verdoppeln wird. Doch bereits jetzt ist Typ-1-Diabetes die häufigste chronische Stoffwechselerkrankung bei jungen Menschen bis 20 Jahre. Auf dem Diabetes Kongress 2023 diskutieren Forschende und Behandelnde Chancen, Risiken und ethische Aspekte eines derzeit in Studien angewandten Antikörperscreenings, das bei Kindern eine in der Zukunft auftretende Diabeteserkrankung nachweisen soll. Die Früherkennung dieser Risikopatientinnen und -patienten könnte zudem in eine die Erkrankung verzögernde Therapie mit einem monoklonalen Antikörper münden, welcher in den USA bereits zugelassen ist. Professor Dr. med. Andreas Neu, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Kinderdiabetologe, erörtert im Rahmen der heutigen Vorab-Presskonferenz (online) zum Diabetes Kongress Vor- und Nachteile des Screenings, die auch im Kongress-Symposium gemeinsam mit dem Ethiker Giovanni Maio diskutiert werden.

Rund 300.000 Menschen mit Typ-1-Diabetes leben in Deutschland. Etwas mehr als 30.000 davon sind Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Jährlich erkranken etwa 3000 junge Menschen neu an der chronischen Stoffwechselerkrankung. „Typ-1-Diabetes ist nicht heilbar, lässt sich aber mit den modernen Methoden der Insulintherapie gut behandeln“, sagt Professor Dr. med. Andreas Neu, Präsident der DDG und Kommissarischer Ärztlicher Direktor der Abteilung Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie an der Kinderklinik Tübingen. „Dennoch bleibt für die Betroffenen die Belastung durch eine chronische Erkrankung. Nicht nur für die Erkrankten selbst, auch für deren Familien verändert sich mit der Diagnose das Leben oft massiv.“

In den letzten Jahren habe die Diagnostik, aber auch die Therapie des Typ-1-Diabetes bedeutende Fortschritte gemacht, erläutert Neu. Auch eine Früherkennung ist mittlerweile möglich: „Durch ein in Studien bereits durchgeführtes Antikörperscreening besteht die Möglichkeit, bei Kindern ein künftiges Erkrankungsrisiko zu identifizieren, lange bevor erste Symptome auftreten und die Krankheit ausbricht. Seit Kurzem in den USA zugelassen und in Europa beantragt ist die Gabe des monoklonalen Antikörpers Teplizumab, der in Studien die Manifestation der Erkrankung nicht verhindern, aber um einige Jahre verzögern konnte.“ Doch welchen Nutzen die Früherkennung für die betroffenen Kinder und deren Familien tatsächlich hat und ob ein Screening auf Diabetes Typ 1 wirklich sinnvoll sein könnte, sei derzeit unklar. „Dazu müssen noch viele offene Fragen geklärt werden – sowohl medizinische als auch ethische“, betont der Kinderdiabetologe. „So beispielsweise, wie treffsicher das Screening tatsächlich ist und wie mit falsch positiven Befunden von Betroffenen umgegangen wird, die dann mit der Belastung eines nicht vorhandenen Risikos leben. Zum anderen sollte nicht unterschätzt werden, dass das Wissen um eine künftige Erkrankung schon im Vorfeld ihrer Entstehung eine jahrelange Bürde sein kann. Und ist der Einsatz von Teplizumab zur Krankheitsverzögerung ein Gewinn, wenn wir dafür den Einsatz einer Immunintervention mit möglichen Nebenwirkungen bei einem noch gesunden Kind in

Kauf nehmen müssen? Ist eine Intervention gerechtfertigt bei einer heute gut behandelbaren Erkrankung und modernen Therapie-Optionen, die in vielen Bereichen ein nahezu normales Leben ermöglichen?“ Besonders die ethischen Aspekte müssten intensiv diskutiert werden.

Klar ist, dass der Diabetes Typ 1 bei vielen Kindern und Jugendlichen immer noch zu spät erkannt wird – häufig erst mit einer schweren Stoffwechsellage, der sogenannten diabetischen Ketoazidose (DKA). „Hier ist unverzichtbar, die Aufklärung von Eltern, aber auch bei Kita- und Schulpersonal zu verbessern, wie wir es mit der Kampagne zur Früherkennung des Typ-1-Diabetes machen“, sagt Neu.

Das Symposium „Typ-1-Diabetes-Screening: Chancen, Nutzen, Risiken“ findet am Donnerstag, den 18. Mai 2023, von 10.30 Uhr bis 12.00 Uhr in Raum A2 im CityCube Berlin statt und wird auch live gestreamt.

Der diesjährige Diabetes Kongress wird wieder als Hybrid-Veranstaltung stattfinden. Vor Ort können sich Teilnehmende mit Kolleginnen und Kollegen austauschen und vom gesamten Vortragsangebot profitieren. Zeitgleich werden einige Vorträge live gestreamt, die Teilnahme an Workshops ist jedoch ausschließlich vor Ort in Berlin möglich. Im Nachgang der Tagung sind alle Vorträge 6 Monate digital on demand abrufbar. Die 57. Jahrestagung der DDG beginnt offiziell am Mittwoch, den 17. Mai 2023, um 17.00 Uhr mit einer Eröffnungsveranstaltung. Das Kongressprogramm ist im Internet unter [Diabetes Kongress 2023](#) abrufbar. Interessierte können sich ab sofort direkt online anmelden unter [Registrierung | Diabetes Kongress 2023](#).

PRESSEMITTEILUNG

57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 17. bis 20. Mai 2023

Präzisionsmedizin in der Diabetologie – es gibt mehr als einen „Typ 2“ Menschen mit Diabetes für maßgeschneiderte Therapien differenzierter betrachten

Berlin, 10. Mai 2023 – Menschen mit Diabetes Typ 2 wurden in der Diabetologie lange Zeit als eine homogene Gruppe betrachtet. Diese etablierte Klassifizierung reflektiert jedoch nur unzureichend die Heterogenität und die Vielfalt der Verlaufsformen der chronischen Stoffwechselerkrankung. Die Präzisionsmedizin und die damit einhergehende individualisierte Therapie sind nun auch in der Diabetologie angekommen und sollen künftig den maßgeschneiderten Einsatz von Therapiekonzepten möglich machen: Menschen mit Diabetes, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von intensivierten Maßnahmen profitieren, benötigen eine andere Therapie als jene, für die in Bezug auf Lebensqualität und Sterblichkeit eine zurückhaltende medikamentöse Behandlung passender ist. Damit dies präzise gelingt, erforschen Expertinnen und Experten intensiv zugrunde liegende Mechanismen der Pathogenese und Komplikationen des Diabetes Typ 2, um neue therapeutische Zielparameter zu definieren und daraus individualisierte Therapiekonzepte zu entwickeln. Auf dem Diabetes Kongress 2023 diskutieren die Teilnehmenden aktuelle Erkenntnisse dazu. Professor Dr. med. univ. Julia Szendrödi stellt auf der heutigen Vorab-Presskonferenz zum Diabetes Kongress die neue Klassifizierung des Diabetes in Subtypen vor.

Rund ein Drittel aller Menschen mit Diabetes Typ 2 hat bei der Diagnose der chronischen Stoffwechselerkrankung auch bereits Folgeschäden, sei es an den Augen, Nieren oder dem Herz-Kreislauf-System. Mitunter wird sogar erst bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall festgestellt, dass auch ein Diabetes Typ 2 vorliegt. Andere Menschen wiederum leben jahrzehntelang ohne weitere gesundheitliche Folgen mit der Erkrankung. Daher vermuten Diabetologinnen und Diabetologen bereits seit Längerem, dass es sich beim Typ-2-Diabetes nicht um ein einheitliches Krankheitsbild handelt. Mittlerweile wurden fünf Subtypen identifiziert. „Die Etablierung von Subtypen des Diabetes hat zum Ziel, Menschen mit hohem Risiko für die frühe Entwicklung von Folgeerkrankungen, die besonders von präventiven Maßnahmen profitieren, nach einfachen klinischen Merkmalen zu identifizieren“, erklärt Professor Dr. med. univ. Julia Szendrödi, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg.

Um diesen Betroffenen zukünftig passgenaue präventive und therapeutische Strategien vorschlagen zu können, müssten jedoch die verfügbaren Ansätze in Interventionsstudien validiert werden. Klinisch-experimentelle Studien untersuchen, welche Mechanismen für unterschiedliche Krankheitsverläufe und das frühe Auftreten von Folgeerkrankungen verantwortlich sind, um neue molekulare Ansätze zu finden. „Aktuelle Clusterversuche zur Bildung von Subtypen haben noch Schwächen hinsichtlich der Praktikabilität der Kriterien im klinischen Alltag“, erklärt Szendrödi. „Dazu zählen unter anderem die Einteilung von Patientinnen und Patienten mit bereits länger zurückliegender Diabetesdiagnose oder von unterschiedlichen Ethnizitäten, aber am meisten fehlt noch die Evidenz für therapeutische Konsequenzen aus randomisierten, subgruppenspezifischen Interventionsstudien.“ Insgesamt aber sei die Entwicklung neuer Ansätze der Präzisionsmedizin in der Behandlung des Diabetes ein vielversprechender Auftakt für eine evidenzbasierte, maßgeschneiderte medizinische Versorgung von Betroffenen, welche hohe Risiken für Diabetes-assoziierte Folgeerkrankungen aufweisen.

Der diesjährige Diabetes Kongress wird wieder als Hybrid-Veranstaltung stattfinden. Vor Ort können sich Teilnehmende mit Kolleginnen und Kollegen austauschen und vom gesamten Vortragsangebot profitieren. Zeitgleich werden einige Vorträge live gestreamt, die Teilnahme an Workshops ist jedoch ausschließlich vor Ort in Berlin möglich. Im Nachgang der Tagung sind alle Vorträge 6 Monate digital on demand abrufbar. Die 57. Jahrestagung der DDG beginnt offiziell am Mittwoch, den 17. Mai 2023, um 17.00 Uhr mit einer Eröffnungsveranstaltung. Das Kongressprogramm ist im Internet unter [Diabetes Kongress 2023](#) abrufbar. Interessierte können sich ab sofort direkt online anmelden unter [Registrierung | Diabetes Kongress 2023](#).

STATEMENT

Kongresshighlights – Kongressmotto, neue Kongressformate, Themenschwerpunkte

Professor Dr. med. Matthias Blüher, Präsident Diabetes Kongress 2023, Direktor des Helmholtz-Instituts für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG), Helmholtz Zentrum München an der Universität Leipzig und dem Universitätsklinikum Leipzig AÖR

Der Diabetes Kongress 2023 steht unter dem Motto: „Diabetes neu denken – Vielfalt & Individualität“. Hintergrund des Mottos ist, dass durch die Entwicklungen der letzten Jahre eine individuelle Therapie von Menschen mit Diabetes leichter geworden ist, dass wir aber auch als Behandelnde gezwungen sind, über Therapieziele, Möglichkeiten und ungelöste Probleme „neu zu denken“. Insgesamt macht diese Vielfalt den Reiz des Faches Diabetologie aus und es bleibt hoffentlich auch für den klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs ein anspruchsvolles und spannendes Betätigungsfeld.

Die Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Diabetes haben sich durch Innovationen in der Pharmakotherapie und bei Diabetes-Technologien in den vergangenen Jahren enorm verbessert. Durch den Austausch beim diesjährigen Diabetes Kongress wollen wir einen Beitrag leisten, die Behandlung von Menschen mit Diabetes noch weiter zu verbessern. Dabei möchten wir die Vielfalt und Individualität in das Zentrum unserer Veranstaltung rücken und haben deshalb folgende thematische Schwerpunkte gesetzt:

- Prädiabetes erkennen und therapieren – wie frühzeitig ist rechtzeitig?
- Neu entdeckt: Bewegung, Ernährung, Psychologie – die vergessenen Therapiesäulen
- Neu gedacht: Typ 1, Typ 2 und Subtypen – was heißt das für die Therapie?
- Neu gemacht: von der Forschung in die Anwendung – personalisiert therapieren und Komplikationen verhindern!
- Besser Leben mit Diabetes: welche Innovationen die Lebensqualität messbar steigern

Bei der Euphorie über den Fortschritt in der medikamentösen Therapie und die beeindruckenden technologischen Entwicklungen im Bereich von Glukosesensoren, Geräten und Algorithmen zur automatischen Insulindosierung und Hilfsmitteln sollten aber auch die klassischen Säulen der Diabetestherapie nicht vergessen werden. Auch dafür steht dieser Kongress. Welche Rolle spielt beispielsweise die Bewegungstherapie oder eine gesündere Ernährungsweise? Können durch gezielte

*Pressekonferenz im Vorfeld des Diabetes Kongresses 2023,
57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Mittwoch, 10. Mai 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

Maßnahmen der psychologischen Unterstützung oder durch Verhaltenstherapie individuelle Ziele besser erreicht werden?

Ein großes Thema des Kongresses wird es sein, ob zukünftig eine Remission des Typ-2-Diabetes durch Verhaltensmaßnahmen und neue Medikamente wahrscheinlicher ist. Dabei spielen auch „preisverdächtige“ Inkretin-basierte Therapien eine wichtige Rolle. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in den diesjährigen Preisträgerinnen und Preisträgern der DDG wider.

In großer Geschwindigkeit wurden in den letzten Jahren Medikamente entwickelt, die eine normnahe Blutzuckereinstellung leichter möglich machen, kardiovaskuläre Endpunkte senken können, die Nierenfunktion und Herzleistung nachhaltig verbessern und nicht zuletzt zu Gewichtsreduktionen beitragen, die bis zu einer Remission des Typ-2-Diabetes führen können. Aber auch für Menschen mit Typ-1-Diabetes gibt es in Zukunft innovative Therapiekonzepte, die in Symposien des Kongresses erstmals in Deutschland vorgestellt werden.

Die Teilnehmenden am Diabetes Kongress 2023 dürfen ein Programm erwarten, das neben den wissenschaftlichen Vorträgen in Symposien, Pro- und Kontra-Gesprächsformaten, Postersitzungen und Workshops auch viel Raum für Diskussionen und Interaktion bietet.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Leipzig, Mai 2023

STATEMENT

Screening auf Typ-1-Diabetes: Chancen, Nutzen, Risiken und ethische Aspekte

Professor Dr. med. Andreas Neu, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),
Kommissarischer Ärztlicher Direktor an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am
Universitätsklinikum Tübingen

Rund 300.000 Menschen mit Typ-1-Diabetes leben in der Bundesrepublik. Etwas mehr als 30.000 davon sind Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Jährlich erkranken etwa 3.000 junge Menschen neu an einem Typ-1-Diabetes in Deutschland. Das sind die Fakten.

Der Typ-1-Diabetes ist nicht heilbar, lässt sich aber mit den modernen Methoden der Insulintherapie gut behandeln. Dennoch bleibt für die Betroffenen die Belastung durch eine chronische Erkrankung – insbesondere dann, wenn sich diese in früher Kindheit manifestiert. Nicht nur die Erkrankten selbst, auch deren Familien sind in vielerlei Hinsicht betroffen.

In den letzten Jahren haben sich deutliche Veränderungen im Diabetesbereich gezeigt: zum einen bei der Diagnostik, zum anderen aber auch bei der Therapie des Typ-1-Diabetes.

Diagnostisch haben wir heute die Möglichkeit, ein Erkrankungsrisiko zu identifizieren, lange bevor erste Symptome und eine Behandlungsindikation auftreten. Dies geschieht durch eine Blutentnahme mit einem damit verbundenen Antikörperscreening. Seit Kurzem in den USA zugelassen, in Europa beantragt, ist die Gabe eines monoklonalen Antikörpers, nämlich Teplizumab, der in Studien die Manifestation der Erkrankung nicht verhindern, aber verzögern konnte. Bislang war der Einsatz von Teplizumab wissenschaftlichen Studien vorbehalten, in absehbarer Zeit könnte diese Immunintervention aber auch im klinischen Alltag erfolgen.

Therapeutisch zeichnet sich beim Typ-1-Diabetes eine Zeitenwende ab, die sowohl für die Stoffwechselführung als auch für die Lebensqualität der Betroffenen nahezu revolutionär ist. Seit wenigen Jahren stehen uns automatisierte Insulinpumpensysteme, sogenannte AID-Systeme, zur Verfügung, die eine Behandlung nicht nur um Klassen besser, sondern auch um Klassen einfacher macht. Diese Trendwende müssen wir vor Augen haben, wenn wir über den Nutzen eines Screenings nachdenken.

Generell gehören zu einem Screening drei Faktoren:

1. Die Erkrankung muss ausreichend häufig sein, um eine Früherkennung sinnvoll zu machen. Dies ist der Fall beim Diabetes mellitus Typ 1.
2. Wir brauchen eine geeignete Methode, um das Krankheitsrisiko zu erkennen. Die Antikörperbestimmung lässt eine Risikoabschätzung zu.
3. Ein Screening erfordert die zuverlässige Aussicht auf Verhinderung der Erkrankung. Diese Forderung ist mit dem Einsatz von Teplizumab nicht erfüllt, weil wir lediglich eine verzögerte Manifestation erreichen, dafür aber die frühe Intervention mit Teplizumab in Kauf nehmen müssen. Und immerhin ist das eine Intervention, die intravenös und mehrfach erfolgen muss, wenn sie Wirkung zeigen soll.

Wenn wir eine Screening-Maßnahme beurteilen wollen, gilt es, medizinische Fragen, individuelle Belastungen sowohl durch die Erkrankung als auch durch die Screening-Maßnahme, gesundheitsökonomische Aspekte und ethische Fragen zu berücksichtigen.

Die Frage, ob eine Screening-Maßnahme gerechtfertigt ist, hängt also von vielen Faktoren ab und wirft einige Fragen auf. Ich stelle einige dieser Fragen in den Raum:

- Ist das Screening ausreichend treffsicher oder was passiert mit denen, die falsch positiv getestet werden und fortwährend mit der Belastung eines nicht vorhandenen Risikos leben müssen?
- Erleichtert das Wissen um ein Erkrankungsrisiko das Leben oder hängt damit ein Damoklesschwert als jahrelange Belastung über den Familien?
- Sind wir der Betreuung solcher Risikokandidaten gewachsen, wenn wir bedenken, dass bereits heute die Zahl der verfügbaren Einrichtungen und Ressourcen nicht ausreicht, um die schon Erkrankten adäquat zu versorgen?
- Ist die Verzögerung einer Manifestation ein Gewinn, wenn wir bedenken, dass wir dafür den Einsatz einer Immunintervention bei einem noch gesunden Kind in Kauf nehmen müssen?
- Die Nebenwirkungen von Insulin sind uns seit 100 Jahren bekannt. Wissen wir genug über die Langzeitwirkungen eines Eingriffes in das Immunsystem bei noch sehr jungen Kindern?
- Sind die Risiken, die mit einem Screening und der nachfolgenden Immunintervention einhergehen, gerechtfertigt bei einer gut behandelbaren Erkrankung und modernen Therapie-Optionen, die in vielen Bereichen ein nahezu normales Leben ermöglichen?
- Brauchen wir ein Screening für alle oder ist die Möglichkeit der Früherkennung eher eine hilfreiche Option in Einzelfällen?

*Pressekonferenz im Vorfeld des Diabetes Kongresses 2023,
57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Mittwoch, 10. Mai 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

Diesen und weiteren Fragen werden wir uns im Rahmen des Symposiums zum Typ-1-Diabetes-Screening beim Kongress der DDG im Mai 2023 widmen. Wir haben dafür eine hochkarätige Auswahl an Referierenden gewinnen können. Sowohl medizinische als auch ethische Fragen werden diskutiert. Ziel ist es, einerseits den medizinischen Fortschritt darzustellen, andererseits aber auch auf die damit möglicherweise einhergehenden Gefahren und Risiken aufmerksam zu machen. Es ist wichtig und absolut erforderlich, die Frage eines Screenings aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Eine solche Diskussion kann Grundlage für weitreichende gesundheitspolitische Entscheidungen sein.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Tübingen, Mai 2023

STATEMENT

Diabetes Typ 1, Typ 2 und Subtypen – was bedeutet das für die individuelle Therapie?

Professor Dr. med. univ. Julia Szendrödi, Ärztliche Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie des Universitätsklinikums Heidelberg

Die etablierte Klassifizierung des Diabetes (DM) reflektiert nur unzureichend die Heterogenität des DM und die Vielfalt der Verlaufsformen. Anders als beim Ansatz „one fits all“ liegt die Stärke der „precision diabetology“ im maßgeschneiderten Einsatz von Therapiekonzepten bei Patient en und Patientinnen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von intensivierten Maßnahmen profitieren. Hingegen kann für andere Patienten eine zurückhaltende medikamentöse Behandlung in Bezug auf Lebensqualität und Sterblichkeit passender sein. Das Übertragen der Präzisionsmedizin aus anderen Bereichen wie der Onkologie in die Diabetologie ist ein Beweggrund, weiterhin zugrunde liegende Mechanismen der Pathogenese und assoziierter Komplikationen zu erforschen, neue therapeutische Zielparameter zu definieren und individualisierte Therapiekonzepte zu entwickeln. Die Consensus Reports der amerikanischen Diabetes Gesellschaft (ADA) und europäischen Gesellschaft für Diabetesforschung (EASD) hatten ein ganzheitliches und personenzentriertes Management bei der Therapie DM klar gefordert [1].

Die Etablierung von Subtypen des DM hat zum Ziel, Menschen mit hohem Risiko für die frühe Entwicklung von Diabeteschäden, die besonders von präventiven Maßnahmen profitieren, nach einfachen klinischen Merkmalen zu identifizieren. Um diesen Menschen zukünftig passgenaue präventive und therapeutische Strategien vorschlagen zu können, müssen jedoch die verfügbaren Ansätze in entsprechend designten Interventionsstudien validiert werden. Klinisch-experimentelle Studien untersuchen, welche pathophysiologischen Mechanismen für diese unterschiedlichen Krankheitsverläufe und das frühe Auftreten von DM-assoziierten Schäden verantwortlich sind, um neue molekulare Ansätze zu identifizieren.

Aktuelle Clusterversuche zur Bildung von Subtypen (sogenannte Cluster) haben noch Schwächen hinsichtlich der Praktikabilität der Kriterien im klinischen Alltag (Erfassung, Kosten, Vereinheitlichung), der Einteilung von Patienten mit länger zurückliegender Diabetesdiagnose und mit unterschiedlichen Ethnizitäten, aber am meisten fehlt die Evidenz für therapeutische Konsequenzen aus randomisierten, subgruppenspezifischen Interventionsstudien. Insgesamt ist die Entwicklung neuer Ansätze der Präzisionsmedizin in der Behandlung des Diabetes ein Auftakt für eine

evidenzbasierte, maßgeschneiderte medizinische Versorgung von Patienten mit Risiko für Diabetes-assoziierte Erkrankungen.

Auch wenn die Auswahl der Parameter in den bisherigen Studien im direkten Vergleich der daraus resultierenden Subtypen stimmig erscheinen mag, so ist sie maßgeblich für das Ergebnis verantwortlich. Durch Hinzunahme komplementärer Parameter wird eine immer differenziertere und möglicherweise klinisch sinnvollere Einteilung möglich werden. Ein erwiesener Nutzen über die Verwendung von etablierten klinischen Parametern wie zum Beispiel dem HbA_{1c} und kardiovaskulären Risikofaktoren hinaus bleibt aber auch hinsichtlich der Kosten umstritten [2, 3, 4]. Die wesentliche Limitation in vielen Studien ist die Beschränkung auf anthropometrische und laborchemische Werte zeitnah nach der Erstdiagnose des DM. Untergruppen von Menschen mit erhöhtem Risiko für einen DM können eine rasche Manifestation von Diabetes-assoziierten Schäden sogar unabhängig von der Progression zum DM zeigen. Da eine nachträgliche Erfassung der Werte mit hoher Ungenauigkeit verbunden ist, bleibt für Patienten mit langer Diabetesdauer diese Einordnung unzulänglich. Weitere Publikationen betonen außerdem die Variabilität der Einordnung im weiteren Krankheitsverlauf und unter Therapie [4, 5, 6]. Allein die Lebensstilintervention und Einnahme von Antidiabetika oder Insulin beeinflussen nicht weniger als 3 der 6 zum Clustern vorgeschlagenen Parameter. Alternative Herangehensweisen zielen darauf ab, ein besonders günstiges Ansprechen auf die neueren Antidiabetika (SGLT2-Hemmer, GLP1-Rezeptor-Agonisten, Glitazone) abzuschätzen [7]. In diesem Zusammenhang berichteten die Autorinnen und Autoren von deutlichen Unterschieden in der Blutglukose-Senkung bei Einnahme oraler Antidiabetika mit Assoziation zu Geschlecht, BMI und Insulinresistenz [8, 9].

Eine Subanalyse der „Look AHEAD“-Studie zeigte, dass auch von einer intensivierten Lebensstilintervention nicht alle Subgruppen gleichartig hinsichtlich des kardiovaskulären Outcomes profitieren und einige dadurch sogar Nachteile erfahren können [10].

Die Verteilung der Subtypen ist stark von der Zusammensetzung der untersuchten Kohorten abhängig, auch wenn die unabhängige Replikation der Subtypen gefordert wurde. Die Heterogenität der Patienten mit DM Typ 1, die in weiterer Folge einen (Subtyp des) DM Typ 2 entwickeln (double diabetes, DM Typ 1.5) können, wird aufgrund der geringen Vertretung in klinischen Studien wenig beachtet. Die zahlreichen Clusterwechsel im klinischen Verlauf werfen außerdem die Frage auf, ob es eine gemeinsame Endstrecke gibt, die sich früher oder später unabhängig von den beteiligten Mechanismen bei Diagnosestellung einstellt.

In diesem Sinne sind die aktuellen Studien auch als „akademische Cluster“ zu verstehen, deren genauere Beschreibung Einblicke in die beteiligten Mechanismen rund um den Zeitpunkt der Diagnose eines DM zulassen.

Im klinischen Alltag wird sich nur ein Vorgehen bewähren, das alle Patienten unabhängig von der Krankheitsdauer und auch unter Therapie berücksichtigt und mittels weniger, einfach und kostengünstig zu erhebender Parameter bestimmt wird. Vorteilhaft könnte ein freier Zugang zu anwenderfreundlichen Apps sein, die Ärztinnen und Ärzten sowie Betroffenen selbst eine Clusterzuordnung auch ohne Expertenwissen hinsichtlich der Methodik ermöglichen [11]. Schließlich darf die Anwendung nicht Selbstzweck sein und muss eine konkrete klinische Konsequenz bezüglich Therapieentscheidungen und Vorteile hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität und Reduktion der Mortalität für die Patienten zur Folge haben.

Quellen

1. Davies, M.J., et al., Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 2022. 45(11): p. 2753-2786.
2. Zaharia, O.P., et al., Risk of diabetes-associated diseases in subgroups of patients with recent-onset diabetes: a 5-year follow-up study. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2019. 7(9): p. 684-694.
3. Dennis, J.M., et al., Disease progression and treatment response in data-driven subgroups of type 2 diabetes compared with models based on simple clinical features: an analysis using clinical trial data. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2019. 7(6): p. 442-451.
4. Herder, C., and Roden, M., A novel diabetes typology: towards precision diabetology from pathogenesis to treatment. *Diabetologia*, 2022. 65(11): p. 1770-1781.
5. Udler, M.S., et al., Type 2 diabetes genetic loci informed by multi-trait associations point to disease mechanisms and subtypes: A soft clustering analysis. *PLoS Med*, 2018. 15(9): p. e1002654.
6. Wesolowska-Andersen, A., et al., Four groups of type 2 diabetes contribute to the etiological and clinical heterogeneity in newly diagnosed individuals: An IMI DIRECT study. *Cell Rep Med*, 2022. 3(1): p. 100477.
7. Dennis, J.M., Precision Medicine in Type 2 Diabetes: Using Individualized Prediction Models to Optimize Selection of Treatment. *Diabetes*, 2020. 69(10): p. 2075-2085.
8. Wagner, R., et al., Pathophysiology-based subphenotyping of individuals at elevated risk for type 2 diabetes. *Nat Med*, 2021. 27(1): p. 49-57.

*Pressekonferenz im Vorfeld des Diabetes Kongresses 2023,
57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Mittwoch, 10. Mai 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

9. Dennis, J.M., et al., Sex and BMI Alter the Benefits and Risks of Sulfonylureas and Thiazolidinediones in Type 2 Diabetes: A Framework for Evaluating Stratification Using Routine Clinical and Individual Trial Data. *Diabetes Care*, 2018. 41(9): p. 1844-1853.
10. Dennis, J.M., et al., Precision Medicine in Type 2 Diabetes: Clinical Markers of Insulin Resistance Are Associated With Altered Short- and Long-term Glycemic Response to DPP-4 Inhibitor Therapy. *Diabetes Care*, 2018. 41(4): p. 705-712.
11. Bancks, M.P., et al., Type 2 Diabetes Subgroups, Risk for Complications, and Differential Effects Due to an Intensive Lifestyle Intervention. *Diabetes Care*, 2021. 44(5): p. 1203-1210.
12. American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes – 2022 Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes*, 2022. 40(1): p. 10-38.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Heidelberg, Mai 2023

STATEMENT

Ernährung bei Typ-2-Diabetes: vergessene Therapiesäule neu entdeckt?

Professor Dr. med. Diana Rubin, Chefärztin am Zentrum für Ernährungsmedizin und Diabetologie am Vivantes Klinikum Spandau und Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

Durch die Entwicklung moderner und potenter Pharmatherapie ist die Ernährungstherapie in den letzten 50 Jahren immer mehr in den Hintergrund gerückt. Zur Medikamentenentwicklung kam hemmend hinzu, dass eine individualisierte Ernährungsberatung keine Leistung der GKV ist und vielen Ärztinnen und Ärzten die Wege dorthin nicht bekannt sind. Bisher werden Ernährungsinformationen in der Regel nach Diagnosestellung in Form von nicht individualisierten Gruppenschulungen vermittelt, dort findet sich der Einzelne jedoch nicht unbedingt wieder.

Fakt ist jedoch: Eine Ernährungstherapie ist potenziell hochpotent – insbesondere, wenn das Ziel und die Wege dorthin individualisiert festgelegt werden und häufige Kontakte zur Therapeutin oder zum Therapeuten stattfinden. Daher betonen deutsche und internationale Leitlinien die Bedeutung der Individualisierung der Ernährungstherapie (zum Beispiel Praxisempfehlung DDG Ernährung bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes, Rubin, Skurk).

Das Ziel der Gewichtsreduktion und der anschließende Gewichtserhalt können beispielsweise auf unterschiedlichen Wegen erreicht werden. Diese Wege sollten nach der Präferenz des Betroffenen festgelegt werden, da Ernährungsverhalten und -umgebungen sehr individuell sind. Infrage kommt zum Beispiel eine Reduktion von Kohlenhydraten, von Fetten, Intervallfasten und Ernährung mit Mahlzeiterersatz-Getränken.

Wir wissen, dass bei neu diagnostiziertem Diabetes eine echte Chance auf Remission durch Ernährungstherapie besteht, das heißt, man kann den Diabetes um gegebenenfalls Jahre zurückdrängen und ohne Medikamente auskommen. In Studien haben Personen, die ihr Gewicht um 15 Kilogramm reduziert haben, Remissionsraten von fast 90 Prozent erreicht (DiRECT-Studie). Neue Daten zeigen auch, dass eine Unterstützung mit rezeptierfähigen digitalen Anwendungen hilfreich sein kann (zum Beispiel Praxisempfehlung DDG Ernährung bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes, Rubin, Skurk). Jede Patientin und jeder Patient soll diese Chance bekommen und entsprechend informiert und in die Therapie geleitet werden, wenn die Motivation zur Veränderung da ist – und in der Regel ist diese nach Diagnosestellung sehr hoch!

*Pressekonferenz im Vorfeld des Diabetes Kongresses 2023,
57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Mittwoch, 10. Mai 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

Literatur

1. Skurk T et al. Empfehlungen zur Ernährung von Personen mit Typ-2-Diabetes mellitus. Diabetologie und Stoffwechsel 2022; 17 (Suppl 2): S256–S290. doi:10.1055/a-1886-3959
2. Rubin D et al. Empfehlungen zur Ernährung von Personen mit Typ-1-Diabetes mellitus. Diabetologie und Stoffwechsel 2022; 17 (Suppl 2): S237–S255. doi:10.1055/a-1515-8766.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2023

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand November 2022

INHALT

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

Diabetesinzidenz und -prävalenz in Deutschland

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

Diabetes Typ 2:

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

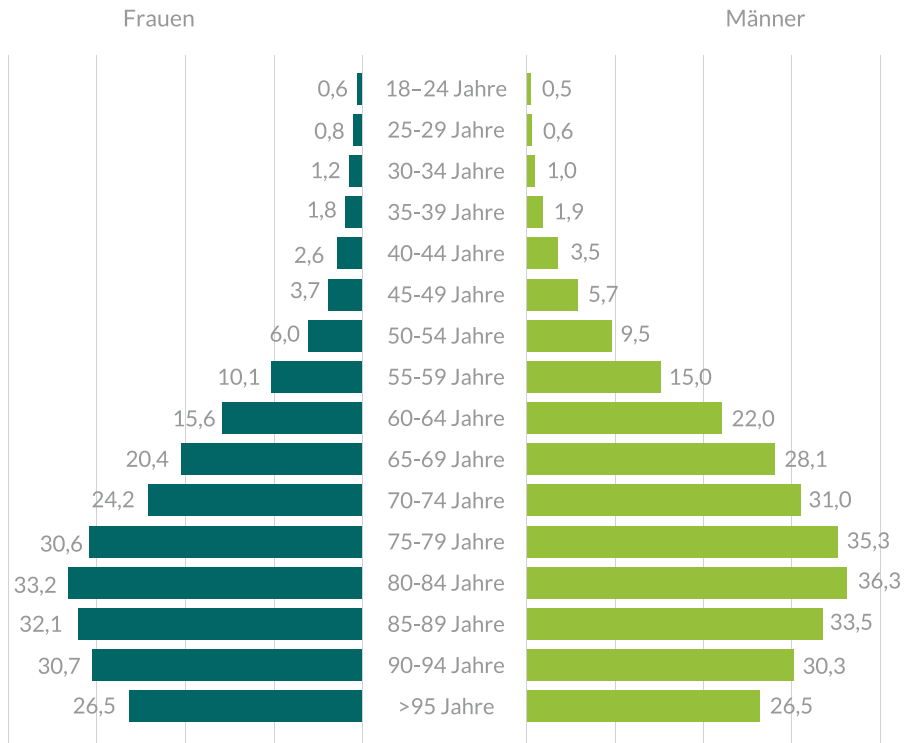
Diabetes Typ 1:

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

Gestationsdiabetes:

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

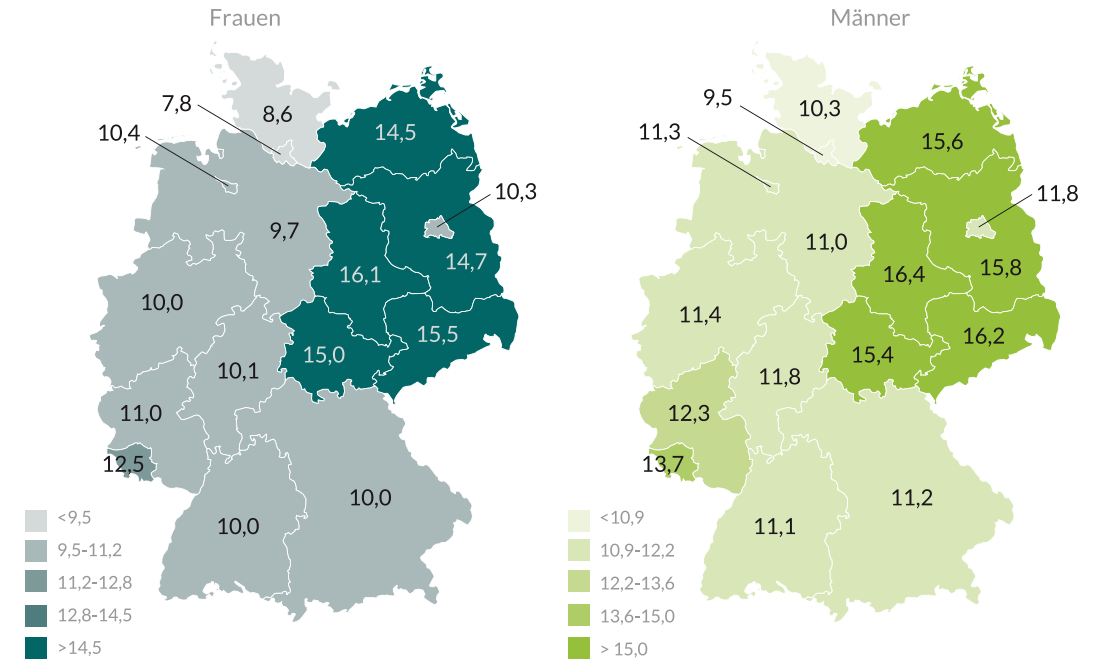
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© 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.

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

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

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

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

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

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023

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

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

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

1;174(2):e194498

Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes

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

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

Abrechnungsdaten der GKV

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

IDF - International Diabetes Foundation

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

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

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023

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

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 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 jedes 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

10. DDG Medienpreisausschreibung – offener denn je

Exzellente Beiträge zum Thema „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention“ gesucht

So offen und innovativ wie noch nie – das ist die Ausschreibung der DDG Medienpreise in diesem Jahr. Passend zum 10-jährigen Jubiläum öffnet die DDG das Ausschreibungsthema unter dem Motto „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention“ und trägt somit der Vielseitigkeit der Stoffwechselerkrankung in besonderem Maße Rechnung. Und das Setting ist in diesem Jahr besonders innovativ: Die Preisträgerinnen und Preisträger können sich und ihre prämierten Beiträge in Videobotschaften auf der DDG Herbsttagung 2023 präsentieren, die vom 17. bis 18. November in Leipzig stattfindet.

Wie leben Menschen mit Diabetes in Deutschland? Wie gestalten sie ihren Alltag im Beruf, in KiTa und Schule? Wie sehen innovative Präventionsansätze aus und wie können aktuelle Forschungserkenntnisse in die Praxis und in den Klinikalltag gebracht werden? All diese Themen können im Fokus der Einreichungen stehen. „In Deutschland leben derzeit rund 11 Millionen Menschen mit Diabetes – und die Krankheit ist so vielfältig wie die Menschen dahinter. Um dieser Vielseitigkeit gerecht zu werden – und passend zum 10-jährigen Jubiläum – haben wir das Thema der Medienpreise in diesem Jahr so breit gefasst wie noch nie zuvor“, betont DDG-Mediensprecher Professor Dr. med Baptist Gallwitz.

In diesem Jahr werden die Medienpreise in den Kategorien „Hören“, „Sehen“ und „Lesen“ vergeben. In der Kategorie „Hören“ können, neben klassischen Hörfunkbeiträgen, auch Podcast-Beiträge eingereicht werden. Die Kategorie „Sehen“ impliziert neben klassischen Fernsehbeiträgen auch andere Video-Formate, wie etwa YouTube-Videos. Unter die Kategorie „Lesen“ fallen klassische Zeitungsartikel ebenso wie gedruckte Beiträge in Zeitschriften und Online-Artikel wie Blogs. In das Auswahlverfahren werden Medienveröffentlichungen einbezogen, die zwischen dem 1. August 2022 und dem 31. Juli 2023 im deutschsprachigen Raum publiziert wurden/werden und einer breiten Öffentlichkeit Informationen mit Neuigkeitswert aus dem Gebiet der Diabetologie vermitteln. Wissenschaftliche Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften werden bei der Vergabe der Preise nicht berücksichtigt.

Bewerbungsunterlagen:

Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis zum 31. Juli 2023 an die Pressestelle der DDG.

Informationen zu den Kategorien:

Hören (Hörfunk und andere Audio-Formate wie Podcasts)

Sehen (Fernsehen und andere visuelle Formate wie Youtube-Videos)

Lesen (Printbeiträge aus Zeitschriften und Zeitungen, Online-Artikel, Blogs)

Bitte beachten Sie:

Autorinnen und Autoren können sich jeweils nur mit einem Beitrag bewerben. Serienbeiträge können aufgrund des Umfangs leider nicht angenommen werden.

Reichen Sie Ihren Beitrag bitte per E-Mail ein:

- Kurzer Lebenslauf mit Foto (650 x 370 px und Angabe zum Copyright) als Word- oder PDF-Datei
- Print-Beitrag als PDF
- Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury aus hochkarätigen Journalistinnen und Journalisten aus dem medizinisch-wissenschaftlichen Kontext unter Leitung des DDG-Mediensprechers Professor Dr. med. Baptist Gallwitz. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei Bewerbungen in einer Kategorie vorliegen, die als qualitativ gleichwertig beurteilt werden. Wenn die Jury zu der Einschätzung kommt, dass in einer Kategorie preiswürdige Publikationen bis zum Meldeschluss der Ausschreibung nicht vorliegen, wird der Preis in der jeweiligen Kategorie nicht vergeben.

Die Preisvergabe erfolgt auf der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft, die vom 17. bis 18. November 2023 in Leipzig stattfindet. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt die Preisträgerin/der Preisträger ihr/sein Einverständnis mit der Wiedergabe des ausgezeichneten Beitrags auf der DDG Homepage, sowie gegebenenfalls am DDG Stand auf der Herbsttagung und gegebenenfalls in anderen Publikationen/Medien der Fachgesellschaft.

Übersicht:

- ✓ Zielgruppe: Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum
- ✓ Fachgebiet: Gesundheit und Medizin

- ✓ Medium: Print-, Hörfunk-, Fernseh-, Online-Publikumsmedien, Podcasts und Blogs etc., veröffentlicht im Zeitraum 01.08.2022 bis 31.07.2023
- ✓ Dotierung: Insgesamt 6 000 Euro
- ✓ Einsendeschluss: 31.07.2023

Kontakt:

Pressestelle Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Friederike Gehlenborg

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167

gehlenborg@medizinkommunikation.org, www.ddg.info



**Kongress-Pressekonferenz des Diabetes Kongresses 2023,
57. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

„Diabetes neu denken – Vielfalt & Individualität“

Termin: Freitag, 19. Mai 2023, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Saal M6, Level 3, CityCube Berlin sowie online unter

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_sYtWrqEcROC0tTWuLsnnOA

Anschrift: Haupteingang Messedamm, Messedamm 26, 14055 Berlin

Ihre Themen und Referierenden:

Bei Diabetes Typ 2 die Glukosewerte normalisieren: wie mittels Lebensstilmaßnahmen und Medikamenten eine Remission erreicht werden kann

Professor Dr. med. Matthias Blüher

Präsident Diabetes Kongress 2023, Direktor des Helmholtz-Instituts für Metabolismus-, Adipositas- und Gefäßforschung (HI-MAG), Helmholtz Zentrum München an der Universität Leipzig und dem Universitätsklinikum Leipzig AöR

Aktuell angewandte Diabetestechnologien in Deutschland: ein Überblick über Entwicklungen und Trends

Dr. med. Sandra Schlüter

Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Technologie“ (AGDT),
Diabetespraxis Northeim

Bewegung ist Medizin: So finden Menschen mit Diabetes die Motivation für körperliche Aktivität

Professor Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Joisten

Leiterin der Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung am Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft der Deutschen Sporthochschule Köln, Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, Vorsitzende des Sportärztesbundes Nordrhein

Neue Leitlinie verbessert die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1

Dr. med. Martin Holder

Leitender Oberarzt am Klinikum Stuttgart, Olgahospital, Leiter der Schulungs- und Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes/Pädiatrie (DDG), Kinder-Endokrinologe und -Diabetologe sowie Kinder-Nephrologe

Moderation: Anne-Katrin Döbler, DDG Pressestelle

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2023

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org