

Gemeinsame Online-Pressekonferenz

der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG)
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE)

Termin: Mittwoch, 17. Juli 2024, 11.00 bis 12.00 Uhr

Online unter <https://register.gotowebinar.com/register/4844368407042046037>

Ihre Themen und Referierenden:

Krankenhausreform: Herausforderungen für die Weiterbildung und Versorgung

Apl. Professor Dr. med. Baptist Gallwitz
Pressesprecher der DDG, Berlin

Therapie des Typ-1-Diabetes mit Pumpen und AID-Systemen – Herausforderungen für die Zukunft

Professor Dr. med. Andreas Neu
Senior Consultant an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum
Tübingen

Endokrine Disruptoren und das Schilddrüsenhormonsystem - Welche Aspekte sind für die Bevölkerung relevant?

Seniorprofessor Dr. rer. nat. Josef Köhrle
Institut für Experimentelle Endokrinologie an der Charité Universitätsmedizin Berlin

Kardiometabolisches Risiko bei Nebennierenfunktionsstörungen

Privat-Dozentin Dr. med. Dr. jur. Birgit Harbeck
Mediensprecherin der DGE, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie;
Osteologin am amedes MVZ Hamburg GmbH, Facharzt-Zentrum für Kinderwunsch, Pränatale
Medizin, Endokrinologie und Osteologie; Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der III.
Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Moderation: Stephanie Balz, Pressestelle DDG/DGE

PRESSEMITTEILUNG

Unsichtbare Gefahr aus Alltagsprodukten

Hormonaktive Substanzen für viele Erkrankungen verantwortlich – was man dagegen tun kann

Berlin/Altdorf, 15. Juli 2024 – Hormonaktive Substanzen, auch bekannt als endokrine Disruptoren (ED), finden sich überall – von Plastik und Kosmetika über Nahrung und Trinkwasser bis hin zu Alltagsgegenständen und Spielzeug. „Unsere Umwelt ist mit diesen Schadstoffen regelrecht durchtränkt“, warnt Professor Dr. rer. nat. Köhrle, Experte der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE). ED stellen eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit dar und können die Entwicklung und Gesundheit von Ungeborenen beeinträchtigen. Daher fordert die DGE bereits seit Jahren, die betreffenden Substanzen aus dem Verkehr zu ziehen. Auf der heutigen Online-Presskonferenz der DGE und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) erläutert Köhrle, was wir alle für unsere Hormongesundheit tun können und was gesamtgesellschaftlich zu tun ist, um gefährliche Hormonstörungen zu verhindern.

Die Plastikproduktion hat sich in den letzten 70 Jahren 200-fach erhöht und übertrifft mittlerweile die gesamte Masse aller tierischen Lebewesen auf unserem Planeten. „Diese Plastikwelle ist nicht nur ein Umweltproblem, sondern auch eine erhebliche Gesundheitsgefahr: Hormonaktive Substanzen, die in Mikroplastik, Kosmetika und vielen anderen Produkten enthalten sind, können hormonelle Prozesse im Körper erheblich stören“, erklärt Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle, ehemaliger Direktor des Instituts für Experimentelle Endokrinologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. „Wir beobachten beispielsweise, dass Jugendliche früher in die Pubertät kommen. Auch Übergewicht, Diabetes und Entwicklungsstörungen nehmen bei Kindern zu.“

Gefährliche Belastung während der Schwangerschaft

Besonders besorgniserregend ist die Belastung während der Schwangerschaft. Per- und polyfluorierte Verbindungen sowie langlebige organische Chemikalien finden sich in hohen Konzentrationen im Fruchtwasser und in der Follikelflüssigkeit der Eierstöcke. „Ungeborene Kinder baden förmlich in einem Mix aus Schadstoffen“, so Köhrle. Diese Substanzen können die Entwicklung des Fötus schwer beeinträchtigen,

insbesondere die Gehirnentwicklung. Kinder von Müttern mit hoher ED-Belastung haben ein dreifach höheres Risiko für einen verzögerten Spracherwerb.

Auswirkungen auf die Schilddrüse und Autoimmunerkrankungen

ED wie die für die Plastikproduktion verwendeten Bisphenole (BPA) und Phthalate, die Weichmacher für Plastikprodukte, können das Schilddrüsenhormonsystem verändern, was zu ernsthaften Entwicklungsproblemen führen kann. „Eine ausreichende Versorgung mit dem für die Schilddrüsenhormonbildung lebenswichtigen Spurenelement Jod ist bereits ein globales Problem, und die zusätzliche Belastung durch EDs verschärft die Situation erheblich, weil sie die Synthese, den Transport und die Schilddrüsenhormonwirkung beeinträchtigen können“, erklärt Köhrle. Zudem können diese Chemikalien das Risiko für Autoimmunerkrankungen wie Hashimoto und sogar Schilddrüsentumoren erhöhen.

Was man für seine Hormongesundheit tun kann

Köhrle weist darauf hin, dass wir auch individuell unseren Konsum hinsichtlich bestimmter Gefahrstoffe überprüfen können und sollen. „Etwa die Hälfte der aktuellen ED-Belastung kann auf individuelles Konsumverhalten zurückgeführt werden. Jeder Mensch kann durch bewusste Produkt-Entscheidungen seinen Beitrag leisten“, sagt Köhrle. Doch um die unfreiwillige Exposition zu senken, müssen Produktion und Vertrieb von identifizierten ED strikt reguliert und gestoppt werden. „Von den rund 100 000 weltweit verwendeten Chemikalien sind etwa 50 als endokrine Disruptoren klassifiziert und gehören damit zur gleichen Gefahrenklasse wie krebserregende Substanzen“, warnt der Biochemiker und Hormonexperte. „Es ist an der Zeit, diese stille Bedrohung ernst zu nehmen und sofort zu handeln.“

Dringende Maßnahmen gefordert

Die DGE fordert ein sofortiges Handeln: „Die Belastung mit ED muss reduziert werden. Wir brauchen strengere Regulierungen und ein Verbot der Herstellung und Nutzung dieser gefährlichen Chemikalien“, betont Köhrle. Besonders für Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und Kinder muss die Jodversorgung verbessert werden. Wichtig sei jedoch auch, neue chemische Substanzen auf ihre Unbedenklichkeit zu prüfen, bevor sie in großem Maßstab produziert und in Umlauf gebracht würden, so Köhrle. Insbesondere sei es nicht sinnvoll, bekannte endokrine Disruptoren durch verwandte, aber noch wenig untersuchte Verbindungen zu ersetzen.

Literatur:

- (1) Reincke M, Arlt W, Damdimopoulou P, Köhrle J, Bertherat J. Endocrine disrupting chemicals are a threat to hormone health: a commentary on behalf of the ESE" Nat Rev Endocrinol. 2024 Apr;20(4):187-188. doi: 10.1038/s41574-024-00958-0.

Interessenkonflikte:

Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

PRESSEMITTEILUNG

Immer mehr Menschen mit Diabetes Typ 1 nutzen Diabetestechnologie Warum Kleinkinder auf moderne Systeme länger warten müssen

Berlin/Altdorf – Die neuen Diabetestechnologien haben in den letzten 25 Jahren die Behandlung von Typ-1-Diabetes revolutioniert. Die automatisierten Insulin-Dosierungssysteme (AID) – auch hybrides Closed Loop-System oder „künstliche Bauchspeicheldrüse“ genannt – sind ein Game-Changer in der Diabetestherapie. Doch für Kleinkinder stehen diese Systeme nur eingeschränkt zur Verfügung, da für diese Altersgruppe nur wenige Systeme zugelassen oder praktikabel sind. Doch weil gerade für die jüngsten Diabetespatientinnen und -patienten ein gutes technisch unterstütztes Therapieangebot enorm wichtig ist, fordert die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) einen leichteren und schnelleren Zugang zu modernen Systemen. Das wird auch eines der Themen auf der heutigen 6. gemeinsamen Online-Pressekonferenz der DDG und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) sein.

Die Behandlung von Typ-1-Diabetes hat in den letzten zwei Jahrzehnten bedeutende Fortschritte gemacht, insbesondere durch die Einführung von Insulinpumpen und automatisierten Insulindosierungssystemen

(AID-Systeme). Mehr als 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen und etwa 40 Prozent der Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes nutzen Insulinpumpen. „Ein entscheidender Wendepunkt war 2016 die Verordnungsfähigkeit von kontinuierlichen Glukosemesssystemen (CGM-Systeme)“, erklärt Professor Dr. med. Andreas Neu, Past-Präsident der DDG und Arzt für Kinder- und Jugendmedizin. „Diese Technologie hat zusammen mit den automatisierten Insulinabgabe-Systemen die Diabetestherapie grundlegend verändert.“

Die „Künstliche Bauchspeicheldrüse“ – die Zukunft der Diabetestherapie?!

Automatisierte Insulin-Dosierungssysteme (AID), auch bekannt als Hybrid-Closed-Loop (HCL)-Systeme, kombinieren Insulinpumpen und kontinuierliche Glukosemessungen (CGM) zur automatischen Insulinabgabe basierend auf Echtzeit-Glukosewerten. Ein Algorithmus passt regelmäßig die Insulindosis an und kann Korrekturboli automatisiert abgeben. Das wiederum verbessert die Stoffwechseleinstellung, stabilisiert nächtliche Blutzuckerverläufe und reduziert Blutzuckerentgleisungen sowie Hypoglykämien. Sie

ahmen die Funktion der Bauchspeicheldrüse sehr zuverlässig nach und erleichtern damit den Alltag der Betroffenen. Indem sie die Insulindosierung automatisch an den Kohlenhydratverbrauch und die körperlichen Aktivitäten anpassen, entlasten sie nicht zuletzt auch die Angehörigen bei der Therapieüberwachung. Durch die verbesserte Stoffwechseleinstellungen wird zudem das Risiko für sowie die Angst vor Folgeerkrankungen reduziert.

Jüngste Patienten mit größtem Bedarf noch unzureichend mit AID-Systemen versorgt

Besonders bei Kleinkindern mit Typ-1-Diabetes ist die Glukoseeinstellung häufig schwierig. Sie benötigen meist nur eine geringe Insulinmenge und ihr Ess- und Aktivitätsverhalten ist schwer vorhersehbar. Ihre Eltern sind durch die erschwerten Verhältnisse besonders belastet. Deshalb könnten AID-Systeme speziell für diese Zielgruppe sowie ihre Angehörigen von großem Nutzen sein. „Der Zugang für diese Patientengruppe zu den modernen Systemen ist uns daher ein besonderes Anliegen“, so Neu. „Aber aktuell sind nicht alle Systeme für die Jüngsten zugelassen, obwohl sie am meisten von dieser Technologie profitieren könnten.“ Eine internationale Studie bestätigt eine hohe Effektivität der Nutzung von AID-Systemen bei Vorschulkindern.⁽²⁾

Wie in allen Bereichen der Medizinprodukte und Arzneimittelentwicklung werden die Systeme oft zunächst für Erwachsene oder ältere Kinder und Jugendliche überprüft. Daher gibt es derzeit nur begrenzte Optionen für Kinder unter 7 Jahren. „Es ist daher notwendig, die Zulassungsverfahren zu vereinfachen und zu beschleunigen, damit die jüngsten Patientinnen und Patienten schnellstmöglich am Fortschritt teilhaben können“, fordert Neu.

Der Schlüssel zum Erfolg: Weniger Bürokratie, mehr Interoperabilität der Systeme und Schulungen

Um die neuen Technologien für Menschen mit Diabetes besonders effektiv nutzbar zu machen, müssen die Rahmenbedingungen stimmen: Diabetes-Teams müssen kontinuierlich geschult werden, um mit den sich ständig weiterentwickelnden Systemen Schritt zu halten. Zudem benötigen Betroffene umfassende Schulungen und Sprachkenntnisse, um die komplexen Technologien zu verstehen und richtig anzuwenden. „Eine gründliche Schulung und regelmäßige Auffrischungen sind entscheidend für den Therapieerfolg“, betont Neu. „Schließlich sind auch Selektivverträge und unterschiedliche Softwarelösungen der AID-Systeme problematisch. Eine Vereinfachung der bürokratischen Hürden und eine höhere Interoperabilität der Systeme wären wünschenswert, um die Versorgungssituation weiter zu verbessern.“

Quellen:

- (1) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023
<https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht>
- (2) Wadwa, R. P. et al.: Trial of Hybrid Closed-Loop Control in Young Children with Type 1 Diabetes. In:
N Engl J Med, 2023, 388: 991-1001 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2210834>

Interessenkonflikte:

Professor Dr. med. Andreas Neu gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

PRESSEMITTEILUNG

Wenn die Nebenniere den Stoffwechsel stört

Berlin/Altdorf, 17. Juli 2024 – Als Organ ist sie klein und unscheinbar, als Hormonproduzent zählt die Nebenniere jedoch zu den wichtigsten des menschlichen Körpers. Eine Über- oder Unterfunktion kann gravierende gesundheitliche Folgen haben – für den Zucker- und Fettstoffwechsel ebenso wie für das Herz-Kreislauf-System. Auch Volkskrankheiten wie ein Bluthochdruck oder ein Typ-2-Diabetes können durch Nebennierenfunktionsstörungen mit verursacht werden. Dieser Zusammenhang wurde lange Zeit unterschätzt, so die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE). Auf der heutigen gemeinsamen Pressekonferenz mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) informieren Expertinnen und Experten zu Nebennierenfunktionsstörungen und ihren Folgen.

In den Nebennieren werden gleich mehrere Hormone produziert, die der Körper in Zeiten großer Belastung freisetzt: Die Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin aus dem Nebennierenmark zählen dazu, aber auch das in der Nebennierenrinde hergestellte Stresshormon Cortisol. „Diese Hormone sorgen unter anderem dafür, dass Zucker aus den Reserven mobilisiert wird und der Blutdruck steigt“, erläutert PD Dr. med. Dr. jur. Birgit Harbeck, Mediensprecherin der DGE. Cortisol hat darüber hinaus auch entzündungshemmende Eigenschaften und beeinflusst den Fettstoffwechsel. Ein weiteres wichtiges Hormon der Nebennierenrinde ist das blutdrucksteigernde Aldosteron. Auch Vorstufen von Geschlechtshormonen werden in der Nebennierenrinde gebildet.

Bereits diese unvollständige Aufzählung lässt erahnen, welch weitreichende Folgen eine Störung der Nebennierenaktivität haben kann. „Sowohl eine Unter-, als auch eine Überproduktion dieser Hormone kann die Gesundheit erheblich beeinträchtigen“, so Harbeck. Eine Überfunktion sei dabei deutlich häufiger als eine Unterfunktion. Ausgelöst wird sie unter anderem durch gutartige Geschwulste, sogenannte Nebennierenadenome, deren Häufigkeit mit steigendem Alter zunimmt und die sich bei bis zu 7 Prozent der Bevölkerung finden.

Adenomwachstum und Glukosestoffwechsel

Nicht immer sind diese Adenome auch hormonaktiv, produzieren also wesentliche Mengen an Nebennierenhormonen. Wenn sie dies aber tun, ist die Gesundheitsgefahr groß. So führen die seltenen

Cortisol-sezernierenden Geschwulste zu einem schwerwiegenden, als adrenales Cushing Syndrom bezeichneten Krankheitsbild. „Hiervon betroffene Patientinnen und Patienten entwickeln in der Regel eine stammbetonte Adipositas, haben also ein rundes Gesicht und einen stämmigen Körper bei recht schlanken Armen und Beinen“, sagt Harbeck. Typisch für das adrenale Cushing Syndrom sind auch eine gestörte Glukosetoleranz bis hin zum manifesten Diabetes mellitus Typ 2, sowie ein Bluthochdruck. Bei einem deutlich größeren Anteil der Adenome – Schätzungen reichen von 20 bis 50 Prozent – zeigt sich in Tests zwar eine leicht erhöhte Cortisol-Produktion, die jedoch mit keinen klinischen Symptomen verbunden ist. Die mit 40 bis 70 Prozent größte Gruppe schließlich sind die hormoninaktiven Adenome, die lange Zeit als gesundheitlich unbedenklich galten. „Seit einigen Jahren weiß man aber, dass auch sie den Glukosestoffwechsel stören“, so DGE-Expertin Harbeck. Dabei nehme die Insulinresistenz – eine Vorstufe des Typ-2-Diabetes – mit dem Adenomwachstum zu.

Risiko für Bluthochdruck, Herzinfarkte und Schlaganfälle

Nicht nur Cortisol, auch die anderen Nebennierenhormone können beim Vorliegen von Adenomen verstärkt hergestellt werden. Bei einem Phäochromozytom etwa ist die Produktion der Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin gesteigert. Dies hat Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels zur Folge. Aldosteron-produzierende Adenome hingegen führen neben einem ausgeprägten Bluthochdruck, der mit den üblichen Blutdrucksenkern nicht zu behandeln ist, auch zu Störungen des Glukose- und des Fettstoffwechsels. „Bis zu 13 Prozent aller Bluthochdruckerkrankungen gehen auf eine übersteigerte Produktion des Hormons Aldosteron zurück“, so Harbeck. Gegenüber anderen Bluthochdruckpatienten wiesen die Betroffenen ein zusätzlich deutlich erhöhtes Risiko für Herzinfarkte oder Schlaganfälle auf – vermutlich verursacht durch die mit einhergehenden Stoffwechselstörungen.

Nebenniereninsuffizienz – selten, aber schwerer zu behandeln

Vergleichsweise selten ist eine Unterfunktion der Nebenniere, eine sogenannte Nebenniereninsuffizienz. „Sie entsteht meist infolge von Autoimmunprozessen und kann zu einem lebensbedrohlichen Mangel an Cortisol und Aldosteron führen“, sagt Harbeck. Während die Therapie der hormonaktiven Adenome meist in einer operativen Entfernung der Geschwulst besteht, ist die Nebenniereninsuffizienz deutlich schwerer zu behandeln. Denn die tageszeitlichen Schwankungen der natürlichen Cortisolproduktion lassen sich medikamentös nur schwer nachzeichnen, sodass es häufig zu Phasen der Über- oder der Unterversorgung kommt, die beide mit Nebenwirkungen verbunden sind.

Neue Präparate geben Hoffnung

Neuere Präparate mit verzögerter Wirkstofffreisetzung könnten die Therapie hier deutlich verbessern, sagt Harbeck. Gerade im Hinblick auf diabetes-relevante Aspekte wie das Gewicht und die Insulinsensitivität seien hier bereits Erfolge erzielt worden.

Bei Prädiabetes die Nebennierenhormone mit untersuchen

„Generell gilt es jedoch, auch in der Diagnostik den Blick zu weiten und die Verbindungslinie zwischen Endokrinologie und Diabetologie nicht nur bei der Bauchspeicheldrüse zu suchen“, sagt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der DDG. Gerade bei einem neu diagnostizierten Prädiabetes sollte immer auch an eine Nebennierenfunktionsstörung gedacht werden.

Interessenkonflikte:

PD Dr. med. Dr. jur. Birgit Harbeck gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

STATEMENT

Krankenhausreform: Herausforderungen für die Weiterbildung und Versorgung

Apl. Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Pressesprecher der DDG, Berlin

Was bedeutet die Krankenhausreform durch das Krankenhaus-Versorgungs-Verbesserungs-Gesetz (KHVVG) für die Diabetesversorgung und was fordert die DDG?

Bereits heute hat jede fünfte Klinikpatientin und jeder fünfte Klinikpatient einen Diabetes mellitus – das entspricht etwa 3 Millionen stationären Behandlungen pro Jahr, Tendenz stetig steigend und betrifft häufiger ältere, multimorbide Menschen. Diese Patientengruppe ist in den allermeisten Fällen nicht wegen des Diabetes (Hauptdiagnose), sondern mit Diabetes (Nebendiagnose) im Krankenhaus stationär. Da die aktuelle Stoffwechsellage bei Diabetes jedoch unmittelbare negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf, das Operationsrisiko und auf perioperative Komplikationen hat, ist es besonders wichtig, dass diese Patientengruppe optimal versorgt ist und nicht "unter die Räder" kommt.

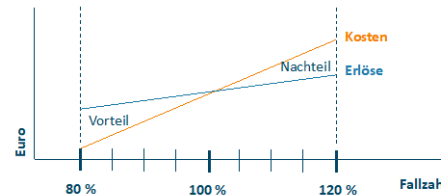
Einführung von Leistungsgruppen in die Vergütung von stationären Versorgungsleistungen – Fluch oder Segen?

Die DDG kritisiert, dass die bislang bekannten Eckpunkte zur Reform derzeit noch keine ausreichend qualifizierte Diabetesexpertise in allen Versorgungsebenen vorsehen und damit die Behandlungsqualität in Zukunft gefährden. Die prinzipielle Einführung von Vorhaltepauschalen begrüßt die DDG als einen absolut notwendigen Schritt. Sie warnt jedoch davor, dass der Bereich "Komplex Diabetologie/Endokrinologie" nach den vorgestellten Eckpunkten und den derzeit vorgelegten Planungen für die Leistungsgruppen wie schon vor der Reform unterfinanziert sein wird und nicht auskömmlich ist. Grund hierfür ist, dass für die Berechnung der vorgesehenen Vorhaltepauschalen zum einen die DRGs zu 60 Prozent als Grundlage dienen und zum anderen, wie im bisherigen DRG-System auch, technische Interventionen besser vergütet werden sollten als "Sprechende Medizin". Die Vorhaltepauschalen decken daher nur einen Teil der Finanzierung ab und sind lediglich als Leistungsgruppen-bezogener Zu- oder Abschlag zu verstehen, in dem auch die Personalkosten nicht berücksichtigt sind. Insgesamt kommt nicht mehr Geld in das Finanzierungssystem der laufenden Fallkosten. Die DDG und andere Fachgesellschaften fürchten daher, dass wie in der Abbildung 1 schematisch gezeigt, Leistungsreduktionen tendenziell belohnt werden:

DDG

Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung auf den Krankenhauserlös

- Reform belohnt gezielte Leistungsreduktion im Korridor finanziell
- Vorhaltevergütungen führen ggf. zu einem mengenreduzierenden Effekt, da bei Leistungssteigerung über dem Bemessungsjahr nur noch die rDRG bezahlt würde.
- Der Veränderungskorridor von 20 % führt zu einer verzögerten Anpassung der Erlösstruktur.



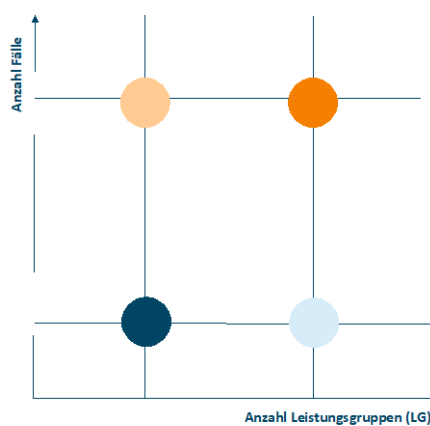
Quelle: eigene Darstellung nach CURACON

7

In Abhängigkeit der Krankenhausschwerpunkte und der in einem Krankenhaus angebotenen Zahl unterschiedlicher Leistungsgruppen, kann es daher zu einer möglichen Entwicklung von "Gewinnern" und "Verlierern" kommen, die sich wie in Abbildung 2 dargestellt zeigen könnte:

DDG

Mögliche Gewinner und Verlierer der Vorhaltevergütung



● Schwerpunktversorger/Fachkliniken mit Schwerpunktbildung

- Spezialisierung und Fokussierung
- Wirtschaftliche Fachabteilungs-Größen
- Ziel: überregionale Marktposition
- Aber: Diabetologie hat kaum Fachkliniken

● „Gewinner“ Maximalversorger mit großen Abteilungen

- Weiteres Wachstum durch Marktberingung

● „Verlierer“ Grund- und Regelversorger

- Wenige LG und niedrige Fallzahlen
- Überführung in eine Fachklinik oder einen sektorenübergreifenden Versorger mit Leistungserbringung in Kooperationen

● Schwerpunktversorger/Kliniken mit zu breitem Portfolio

- zu viele unwirtschaftliche Leistungsangebote (kleine FAB)?
- Zuteilung der LG bei geringer Fallzahl in Gefahr?

6

Quelle: eigene Darstellung nach CURACON

Strukturdefizite gefährden Patientensicherheit und Sicherstellung der Expertise für die Versorgung

Lediglich 17 Prozent aller Kliniken in Deutschland halten derzeit eine ausreichende Diabetesexpertise vor. Der Grund dafür liegt in der knapp bemessenen Vergütung für viele Leistungen der diabetologischen Behandlung im derzeitigen DRG-System. Dies hat zur Folge, dass die stetig wachsende Anzahl an Diabetespatientinnen und Diabetespatienten oft nicht mehr leitliniengerecht behandelt wird, da qualifizierte Behandelnde in Kliniken fehlen. Das ist besonders dann der Fall, wenn die Betroffenen mit einer Diabeteserkrankung als Nebendiagnose aufgenommen werden und wegen einer anderen Behandlung stationär sind – eine Situation, die der häufigsten Konstellation entspricht.

Die Wichtigkeit der Krankenhausreform für die Aus- und Weiterbildung hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in ihrer Stellungnahme bereits ausführlich dargestellt. Die DDG führt hierzu ergänzend die folgenden Punkte an: Die Diabetologie als eigenständige Abteilung ist nur noch mit maximal 9 bettenführenden Lehrstühlen an den 38 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland repräsentiert. Eine ausreichende Aus- und Weiterbildung ist somit derzeit nicht mehr gewährleistet. Die DDG bekräftigt und unterstützt diesbezüglich die Empfehlungen des Wissenschaftsrates für die Weiterentwicklung der universitären Medizin aus dem Jahr 2021 (<https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21>).

Da die Regierungskommission die Diabetologie in Krankenhäusern der unteren Versorgungsstufe unter "Basisbehandlung Innere Medizin" derzeit subsummiert, ist nicht gewährleistet, dass jede Klinik auch eine speziell diabetologische Expertise aufweist. Auch die Trennschärfe zwischen der "Basisversorgung Innere Medizin" und der Leistungsgruppe "Komplex Diabetologie/Endokrinologie" ist unklar, genauso wie die Bemessung dieser Leistungsgruppen für medizinisches Personal. Angesichts der steigenden Patientenzahlen ist außerdem die konsequente Förderung der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Diabetologie äußerst wichtig. Die DDG bringt sich im Schulterschluss mit anderen Fachgesellschaften maßgeblich in die Krankenhausreform ein und hat gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) wichtige Eckpunkte für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Leistungskomplex Diabetologie/Endokrinologie definiert.

In der Diabetologie ist eine Besonderheit, dass es neben dem Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie auch zahlreiche Ärzte und Ärztinnen der Inneren, Allgemeinmedizin und Pädiatrie mit der Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ (Diabetologin und Diabetologe DDG oder

Landesärztekammern) gibt, welches ein Facharzttäquivalent darstellt. In den Leistungsgruppen müssen diese Berücksichtigung finden.

Die bessere Verankerung der Diabetologie im Medizinstudium ist eine wesentliche Voraussetzung für alle weiteren Berufswege in der Medizin, denn Diabetes als Querschnittsfach greift in jede andere Fachrichtung ein. Im Lernzielkatalog für den Studiengang Humanmedizin muss hierzu dringend nachgebessert werden.

Die DDG unterstützt daher ausdrücklich die Forderungen der DGIM nach transsektoraler Versorgungsgestaltung unter besonderer Berücksichtigung der Allgemeinen Inneren Medizin und Stärkung der "Querschnittsfächer."

Des Weiteren sind wichtige Eckpunkte die Mindestanforderungen für die jeweilige medizinische Ausstattung und Personalplanung, die auskömmlich geplant werden müssen. Im Detail betrifft dies zum Beispiel Leistungen von der Closed-Loop-Insulindosierung, Diabetesschulungen, Konsile per Telemedizin, bis hin zur Behandlung von Kindern und Schwangeren mit Diabetes, von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder Menschen mit Diabetes und weiteren Folge- oder Nebenerkrankungen. Die Versorgungssicherheit und Behandlungsqualität müssen gewährleistet sein.

Diabetespatientinnen und Diabetespatienten müssen im Krankenhaus sicher und gut versorgt werden. Es muss unbedingt vermieden werden, dass durch die Reform die Diabetesversorgung vor allem in der Breite der mittleren und kleineren Krankenhäuser leidet. Bereits Anfang des Jahres 2023 hat die DDG deshalb ein Positionspapier mit einem 3-Punkte-Plan für eine sichere Diabetesversorgung veröffentlicht (s.a.

<https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/handlungsempfehlung-der-deutschen-diabetes-gesellschaft/kommission-digitalisierung-fuer-diabetesteam-in-ambulant-und-stationaer-versorgungseinrichtungen-zur-datensicherheit-und-zum-datenaustausch-1-1-1>):

Drei zentrale Forderungen der DDG:

1. Sicherstellung strukturierter Diabetes-Erkennung und -Versorgung in allen Krankenhäusern!

Qualitätssicherung durch DDG zertifizierte Versorgungsstrukturen und gesicherte Fort- und Weiterbildung.

2. Schutz vulnerabler Gruppen!

Für Kinder und multimorbide ältere Menschen mit einem Diabetes sowie Menschen mit Typ-1-Diabetes und Menschen mit diabetischem Fußsyndrom und anderen Folgeerkrankungen müssen multiprofessionelle Versorgungsstrukturen, zeitintensive Betreuung und Pflege gewährleistet sein.

3. Gesicherte Finanzierung von nachgewiesener Versorgungsqualität!

Krankenhäuser mit Diabetesbehandlungsstrukturen ("Diabetes-Units") müssen finanzielle Zuschläge erhalten. Unter "Diabetes-Unit" versteht die DDG ein Diabetesteam bestehend aus Diabetologinnen und Diabetologen, Diabetesberaterinnen und Diabetesberater, Diabetes-qualifizierten Pflegenden sowie gegebenenfalls weiteren Fachdisziplinen für eine Behandlung in Spezialabteilungen und den Konsildienst. Solche spezialisierten Teams können zum Beispiel das Risiko für Amputationen um 29 Prozent senken und 65-70 Prozent aller Amputationen erfolgen zum Beispiel bei Menschen mit Diabetes. "Diabetes-Units" sind eine Grundvoraussetzung für die Krankenhäuser, in denen Begleit- und Folgeerkrankungen von Diabetes behandelt werden (zum Beispiel Kliniken mit interventioneller Kardiologie oder Neurologie) sowie Krankenhäuser, in denen durch Therapien in anderen Fachdisziplinen sekundäre Diabetesfälle neu auftreten können (zum Beispiel Abteilungen mit Pankreaschirurgie, Onkologische Abteilungen) oder sich bei vorbestehendem Diabetes die Stoffwechsellage aufgrund der Behandlung der Einweisungsdiagnose bei gleichzeitig bestehendem Diabetes verschlechtern kann. "Diabetes-Units" können gegebenenfalls durch Kooperationen mit nahegelegenen Schwerpunktpraxen und/oder stationären Abteilungen sichergestellt werden.

Die DDG sieht die Notwendigkeit einer Krankenhausreform und begrüßt grundsätzlich die Ziele, die im jetzt vorliegenden Referentenentwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) formuliert sind: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung. Für den Erfolg des Reformvorhabens wird es jedoch entscheidend sein, die oben genannten Aspekte zu berücksichtigen und mit einfließen zu lassen. Die DDG unterstützt gerne im weiteren Prozess die Konkretisierung der von uns hier dargestellten Aspekte.

Literatur und Links:

1. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024. Kirchheim Vlg. Mainz.
<https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitsbericht>
2. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>
3. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/stellungnahmen/2023/20231108_A_WMF_STN_KH-Reform.pdf

*Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Mittwoch, 17. Juli 2024, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

4. <https://www.ddg.info/politik/veroeffentlichungen/gesundheitspolitische-veroeffentlichungen>
5. <https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/stellungnahme-der-ddg-zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-foerderung-der-qualitaet-der-stationaeren-versorgung-durch-transparenz-krankenhaustransparenzgesetz>
6. <https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/positionspapier-des-diabetesbeirates-baden-wuerttemberg-zur-krankenhausstruktur-reform>
7. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.html>

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Juli 2024

STATEMENT

Therapie des Typ-1-Diabetes mit Pumpen und AID-Systemen – Herausforderungen für die Zukunft?

Professor Dr. med. Andreas Neu, Senior Consultant an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Tübingen

Seit der Jahrtausendwende hat die Insulinpumpentherapie in der Behandlung des Typ-1-Diabetes eine überragende Bedeutung gewonnen: Aktuell sind mehr als 60 Prozent aller Kinder und Jugendlichen und etwa 40 Prozent aller Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes mit einer Insulinpumpe versorgt. Während die Zahlen pumpenbehandelter Erwachsener eher allmählich steigen, sind sie im Kinder- und Jugendalter nahezu explodiert. Bei den unter 5-Jährigen werden aktuell mehr als 90 Prozent mit einer Insulinpumpe behandelt.

Als im Jahr 2016 durch einen G-BA-Beschluss die Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM-Systeme) verordnungsfähig wurden, hat dies innerhalb weniger Jahre zu einem kompletten Umbruch der Typ-1-Diabetes-Therapie geführt. Das Zusammenspiel von Glukosesensor und -pumpe mit einer automatisierten Insulindosierung (AID-System) hat die Typ-1-Diabetes-Therapie revolutioniert. Mehr als 30 Prozent der unter 5-Jährigen nutzen heute ein AID-System, im Erwachsenenalter sind dies knapp 10 Prozent.

Die Vorteile dieser modernen Therapieform liegen auf der Hand und sind durch Beobachtungsdaten im DPV-System ausreichend dokumentiert und belegt:

- 1) Die Stoffwechseleinstellung verbessert sich unter AID-Therapie signifikant. Insbesondere die nächtlichen Blutzuckerläufe sind stabiler. Gefährliche Blutzuckerentgleisungen im oberen Bereich sowie Hypoglykämien werden reduziert.
- 2) Das Handling des Diabetes wird für die Betroffenen einfacher: Lediglich die Menge an verabreichten Kohlenhydraten muss in das System eingegeben werden, daraus resultiert die Berechnung der Insulindosis durch das System. Selbst Änderungen in der körperlichen Aktivität lassen sich mit entsprechenden Algorithmen vorprogrammieren.
- 3) AID-Systeme bieten ein hohes Maß an Sicherheit und entlasten Betroffene und deren Angehörige, insbesondere Eltern, bei der Therapieüberwachung.

- 4) Die bessere Stoffwechseleinstellung reduziert das Risiko für Folgeerkrankungen. Dies führt bei den Betroffenen zu einer Reduktion der Angst vor gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen im späteren Verlauf (Retinopathie, Nephropathie, Angiopathie).

Trotz aller Vorteile bleibt es eine große Aufgabe für Menschen mit Typ-1-Diabetes, sich um ihre Erkrankung zu kümmern, und trotz aller technischen Erleichterungen bedarf es einer guten Schulung im Umgang mit der Erkrankung und den therapeutischen Optionen und es bedarf der regelmäßigen Anwendung des technischen Equipments. Mit anderen Worten: AID-Systeme nutzen nur dann, wenn sie regelmäßig und korrekt angewandt werden. Im Alltag stehen das Mahlzeiten-Management, die Programmierung körperlicher Aktivität, außergewöhnliche Lebensumstände (Schwangerschaft) als Herausforderungen für die Träger von AID-Systemen im Vordergrund. Dies kann durchaus und trotz aller Erleichterung als „Diabetes-Distress“ erlebt werden.

Auch für das Gesundheitssystem geht die Anwendung mit AID-Systemen mit großen Herausforderungen einher:

- 1) Alle Mitglieder eines Diabetes-Teams müssen im Umgang mit diesen Systemen geschult und erfahren sein. Dies ist insbesondere deshalb eine Herausforderung, weil es zahlreiche solcher Systeme gibt und diese kontinuierlich modifiziert und verbessert werden, sodass eine fortlaufende Schulung des Personals große Ressourcen in Anspruch nimmt.
- 2) Auch die Betroffenen brauchen eine umfangreiche Schulung und ein gewisses kognitives Verständnis für die technisch ausgefeilten Systeme; eine banale Grundvoraussetzung für die Vermittlung dieser Kenntnisse sind Sprachkenntnisse.
- 3) Selektivverträge einzelner Kostenträger mit einzelnen Herstellern schränken den Zugang zu diesen Systemen ein. Grundsätzlich wäre ein Zugang aller Patienten zu allen Systemen unabhängig vom Kostenträger wünschenswert, um eine individuell passende Therapie für jeden einzelnen Patienten zu finden.
- 4) Erhebliche Einschränkungen gibt es im frühen Kindesalter, weil (noch) nicht alle Systeme für diese Altersgruppe zugelassen sind und weil auch nicht alle Systeme für kleine Kinder geeignet sind. Deshalb haben ausgerechnet diejenigen, die am meisten von diesen Technologien profitieren könnten, das schlechteste Angebot zur Verfügung.
- 5) Derzeit arbeiten die AID-Systeme mit unterschiedlichen Software-Lösungen. Interoperabilität ist nicht gegeben und wäre ein wichtiges Ziel zur Verwirklichung in der Zukunft aufseiten der Hersteller.

*Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Mittwoch, 17. Juli 2024, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

Insgesamt könnten weniger Bürokratie und regulatorische Vorgaben, ein problemloser Zugang für alle Patientengruppen und eine gute Schulung durch kompetente Diabetes-Teams die Versorgungslage von Menschen mit Typ-1-Diabetes in der Zukunft noch einmal deutlich verbessern. Dies liegt im Interesse aller Betroffenen und auch im Interesse der Fachgesellschaft, der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Literatur:

1. Thomas A: rtCGM- und AID-Systeme für alle – Chance für einen langfristigen Therapieerfolg? Kompendium Diabetes 2024: 47-53
2. Gehr B, Götz S: Automatische Insulinabgabesysteme. Diabetologie und Stoffwechsel 2024: 19(02):113-127
3. Prinz N, Holl RW: Aktuelle DPV-Registerdaten zur Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023: 217-227

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Tübingen, Juli 2024

STATEMENT

Endokrine Disruptoren und das Schilddrüsenhormonsystem – welche Aspekte sind für die Bevölkerung relevant?

Seniorprofessor Dr. rer. nat. Josef Köhrle, Institut für Experimentelle Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

EDC-Definition

Endokrine Disruptoren (EDs) sind exogene Chemikalien oder Mischungen von Chemikalien, die die Funktion des endokrinen Systems ändern und dadurch schädliche gesundheitliche Auswirkungen auf einen intakten Organismus oder dessen Nachkommen oder bei (Teil-)Populationen verursachen (WHO, UNEP, OECD).

Quellen der Belastung

Ungewollte und unbeabsichtigte EDC-Aufnahmekquellen sind (Nano-, Mikro-)Plastik, Kosmetika, Körperpflegemittel, belastete Nahrung, Trinkwasser, tägliche Gebrauchsgegenstände, Wohnungseinrichtungen, Spielzeug, Pharmaka – neben Bioziden, Pestiziden und Industriechemikalien etc. In den letzten 70 Jahren hat sich die weltweite Plastikproduktion circa 200-fach erhöht und übersteigt nun die gesamte Masse aller tierischen Lebewesen auf unserem Planeten. Die von Menschen geschaffene Masse ist mittlerweile größer als die gesamte, jedoch abnehmende Pflanzenmasse auf der Erde.

ED-Belastung während der Schwangerschaft

Per- und polyfluorierte Verbindungen (zum Beispiel PFAS) sowie langlebige organische Verbindungen („Ewigkeitschemikalien“, POPs) werden nicht nur in meist niedrigen Konzentrationen im Trinkwasser, sondern in teils höheren Konzentrationen in der Follikelflüssigkeit der Ovarien oder im Fruchtwasser gefunden – Eizellen und Fötus „baden“ gewissermaßen in einem ED- und Chemikalien-Mix. Die mütterliche Plazenta sowie manche fötalen Gewebe (vor allem Fettgewebe) reichern manche dieser EDCs teils in hohen Konzentrationen an.

EDs können das Schilddrüsenhormonsystem verändern

Mütterliche Belastungen mit kurz- beziehungsweise langlebigen EDs, zum Beispiel Bisphenole oder Phthalate, während der Schwangerschaft verändern die Konzentrationen des Hypophysenhormons TSH, das die Schilddrüsenfunktion reguliert. Hierbei kommt es zu belastungsabhängigen Veränderungen vor allem der Serumkonzentration des Schilddrüsenhormons Thyroxin (T4), aber auch des T4/T3-Verhältnisses, teils in abweichender Weise, als für die reguläre Rückkopplung des

Schilddrüsenhormonsystems erwartet wird. Die mütterliche Versorgung mit T4 über die Plazenta ist essenziell für die frühe fötale Entwicklung, vor allem des Gehirns, da die fötale Schilddrüse erst im 2. Drittel der Schwangerschaft ihre Funktion aufnimmt und reift.

EDs können die Gehirnentwicklung und -funktion beeinträchtigen

Kinder von Müttern mit der höchsten EDC-Mix-Belastung während der Schwangerschaft (oberstes Dezil) hatten zum Beispiel ein mehr als 3-fach höheres Risiko für einen verspäteten Spracherwerb, bestimmt im Alter von 7 Jahren.

Iodmangel kann die schädliche ED-Wirkung verstärken

Da noch immer mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung keine ausreichende Versorgung mit dem lebenswichtigen Spurenelement Iod aufweist (dazu zählt auch Deutschland nach der Wiedervereinigung), stellt die zusätzliche und zunehmende Belastung mit verschiedenen EDs ein zusätzliches Risiko für die durch Iodmangel ohnehin schon gefährdete Entwicklung und reguläre Reifung des Gehirns dar, verbunden mit niedrigerem IQ, der auf der Populationsebene bis zu 5 Punkte erreichen kann.

ED-Belastung und Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse

Im gesunden und pathologischen Schilddrüsengewebe wurden verschiedene EDs nachgewiesen. Manche EDs wie zum Beispiel BPA, Phthalate und PCBs stören das Immunsystem schon in sehr niedrigen Konzentrationen. Möglicherweise verstärkt die ED-Belastung – neben vielen anderen Faktoren – die Entwicklung und den Verlauf der Autoimmunerkrankung der Schilddrüse (Morbus Hashimoto).

EDs und Schilddrüsentumoren

Für einige Formen von Schilddrüsentumoren, zum Beispiel papilläre Karzinome, wurden positive Assoziationen zwischen Belastungen mit EDs und dem Auftreten dieser Tumorformen beschrieben. Die ermittelten Chancenverhältnisse (Odds-Ratios, OR) für mit steigender ED-Belastung assoziiertes Risiko für Schilddrüsentumoren sind höher als die lange bekannten Assoziationen mit Schwermetallbelastungen (wie Blei, Kadmium).

Was muss geschehen?

Die Iodversorgung in Deutschland, vor allem für Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und Stillende (die wichtigsten Risikogruppen), Kinder und Jugendliche sowie die gesamte Bevölkerung muss verbessert werden!

Die europaweite Überwachung von Bevölkerungsgruppen im letzten Jahrzehnt (HBM4EU) ergab eine Belastung der Bevölkerung mit mehr als 400 Chemikalien. Mehr als 10 Phthalate werden in 8 bis 10-Jährigen gemessen. Die Belastung durch einige seit den 1990er-Jahren regulierte, teils verbotene EDs und Chemikalien nahm um bis zu 50 Prozent ab, während jedoch die Belastung mit manchen nicht weniger gefährlichen neuen Ersatzstoffen („regrettable substitutes“) kontinuierlich und deutlich zunimmt und bereits für Menschen gesundheitsgefährdende Konzentrationen durch Einzelsubstanzen und Mischungen erreicht.

Die HBM4EU-Expert*innen und das UBA weisen darauf hin, dass circa 50 Prozent der aktuellen ED-Belastung von Entscheidungen der Konsumenten abhängt (Lebensstil, Körperpflege, Kosmetika, Ernährung etc.) und damit individuell reduziert werden kann.

Jedoch müssen zur Senkung der unfreiwilligen ED-Exposition die Herstellung und Verwendung in Produkten, der Vertrieb und die weitere Verbreitung von solchen Chemikalien, die als EDs identifiziert wurden, strikt reguliert und gestoppt werden. Von circa 100 000 weltweit angewendeten Chemikalien sind circa 50 als EDs klassifiziert und gehören damit zur gleichen Gefahrenklasse (SVHC) wie krebserregende, gentoxische und reproduktionstoxische Chemikalien.

Literatur:

1. Reincke M, Arlt W, Damdimopoulou P, Köhrle J, Bertherat J. Endocrine disrupting chemicals are a threat to hormone health: a commentary on behalf of the ESE. *Nat Rev Endocrinol.* 2024 Apr; 20(4):187-188. doi: 10.1038/s41574-024-00958-0.
2. Li T, Björvang RD, Hao J, Di Nisio V, Damdimopoulos A, Lindskog C, Papaikonomou K, Damdimopoulou P. Persistent organic pollutants dysregulate energy homeostasis in human ovaries in vitro. *Environ Int.* 2024 May;187:108710. doi: 10.1016/j.envint.2024.108710.
3. Grossklaus R, Liesenkötter KP, Doubek K, Völzke H, Gaertner R. Iodine Deficiency, Maternal Hypothyroxinemia and Endocrine Disruptors Affecting Fetal Brain Development: A Scoping Review. *Nutrients.* 2023 May 9;15(10):2249. doi: 10.3390/nu15102249.
4. Kolossa-Gehring M, Pack LK, Hülck K, Gehring T. HBM4EU from the Coordinator's perspective: lessons learnt from managing a large-scale EU project. *Int J Hyg Environ Health.* 2023 Jan; 247:114072. doi: 10.1016/j.ijheh.2022.114072.
5. Landrigan P, Symeonides C, Raps H, Dunlop S. The global plastics treaty: why is it needed? *Lancet.* 2023 Dec 16;402(10419):2274-2276. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02198-0.

*Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Mittwoch, 17. Juli 2024, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

6. Caporale N, Leemans M, Birgersson L, Germain PL, Cheroni C, Borbély G, Engdahl E, Lindh C, Bressan RB, Cavallo F, Chorev NE, D'Agostino GA, Pollard SM, Rigoli MT, Tenderini E, Tobon AL, Trattaro S, Troglia F, Zanella M, Bergman Å, Damdimopoulou P, Jönsson M, Kiess W, Kittraki E, Kiviranta H, Nånberg E, Öberg M, Rantakokko P, Rudén C, Söder O, Bornehag CG, Demeneix B, Fini JB, Gennings C, Rüegg J, Sturve J, Testa G. From cohorts to molecules: Adverse impacts of endocrine disrupting mixtures. *Science*. 2022 Feb 18;375(6582):eabe8244. doi: 10.1126/science.abe8244.
7. Elhacham E, Ben-Uri L, Grozovski J, Bar-On YM, Milo R. Global human-made mass exceeds all living biomass. *Nature*. 2020 Dec;588(7838):442-444. doi: 10.1038/s41586-020-3010-5.
8. Gore AC, Chappell VA, Fenton SE, Flaws JA, Nadal A, Prins GS, Toppari J, Zoeller RT. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocr Reviews*, 2015, 36(6):E1-E150. <https://doi.org/10.1210/er.2015-1010>.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juli 2024

STATEMENT

Kardiometabolisches Risiko bei Nebennierenfunktionsstörungen

Privat-Dozentin Dr. med. Dr. jur. Birgit Harbeck, Mediensprecherin der DGE, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie; Osteologin am amedes MVZ Hamburg GmbH, Facharzt-Zentrum für Kinderwunsch, Pränatale Medizin, Endokrinologie und Osteologie; Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

In den Nebennieren werden lebenswichtige Hormone wie Cortisol und Katecholamine produziert, die bei Stress vermehrt ausgeschüttet werden. Ein ausgeglichener Cortisolhaushalt ist aber auch in Ruhe essenziell. Ein weiteres Hormon, das Aldosteron, spielt eine zentrale Rolle bei der Blutdruckregulation.

Nebennierenfunktionsstörungen entstehen vor allem auf dem Boden einer Überfunktion oder Unterfunktion der Nebennieren, das heißt, die betroffenen Hormone werden übermäßig oder nicht ausreichend sezerniert. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf den Stoffwechsel und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Aber auch vermeintlich stoffwechselinaktive Prozesse wie die häufig anzutreffenden hormoninaktiven Tumoren der Nebenniere können einen ungünstigen Einfluss auf den Stoffwechsel und die damit verbundenen Folgen haben. Autopsiestudien weisen eine Prävalenz von 1–8,7 Prozent für Nebennierenraumforderungen in der Bevölkerung auf, wobei die Häufigkeit mit steigendem Lebensalter zunimmt (Fassnacht et al. 2023). Dabei handelt es sich überwiegend um Nebennierenadenome (80–85 Prozent). Etwa 40–70 Prozent der Nebennierenadenome sind hormoninaktiv. Dennoch zeigen Daten, dass auch diese Patienten eine Störung des Glucosestoffwechsels aufweisen. Dabei nimmt die Insulinresistenz mit dem Adenomwachstum zu (Athanasouli et al. 2021; Papanastasiou et al. 2016).

Gutartige Cortisol sezernierende Adenome der Nebenniere (adrenales Cushing-Syndrom) machen etwa 1–4 Prozent aller zufällig entdeckten Nebennierentumoren aus. Sie haben erhebliche Auswirkung auf den Metabolismus und sind klinisch unter anderem mit einer stammbetonten Adipositas (90 Prozent), gestörter Glukosetoleranz oder Diabetes mellitus (85 Prozent) sowie einer arteriellen Hypertonie verbunden (80 Prozent). Adenome mit einer milden autonomen Cortisolsekretion (sogenannte MACS), bei denen nach Suppressionstest erhöhte Cortisolspiegel ($> 1,8 \mu\text{g/d}$), aber keine klinischen Symptome vorliegen, machen mit 20–50 Prozent die zweithäufigste Gruppe der Adenome aus. Diese Entität muss auf das Vorliegen möglicherweise Cortisol-assoziiierter Begleiterkrankungen wie arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus gescreent werden. Im Falle einer fehlenden autonomen Cortisolsekretion kann bei hormoninaktiven Adenomen auf weitere

therapeutische Maßnahmen und ein Follow-up verzichtet werden. Hormonaktive Adenome, die zu einem manifesten Cushing-Syndrom führen, müssen chirurgisch entfernt werden, um die schädlichen Folgen eines Hormonexzesses zu mildern. Im Falle relevanter Komorbiditäten kann auch bei MACS eine operative Resektion erwogen werden.

Der primäre Hyperaldosteronismus stellt die häufigste Ursache einer sekundären Hypertonie dar und betrifft bis zu 13 Prozent aller Patienten mit einem Bluthochdruck. Der überhöhte Aldosteronspiegel führt zu einer therapieresistenten arteriellen Hypertonie und Linksherzhypertrophie, zusätzlich jedoch auch zu metabolischen Veränderungen wie metabolischem Syndrom, Insulinresistenz bis hin zu Diabetes mellitus Typ 2 (Hanslik et al. 2015), wobei hier die genauen pathophysiologischen Zusammenhänge noch nicht abschließend geklärt sind. Zudem sind auch Dyslipidämien im Anschluss an eine Adrenalektomie bei Aldosteron-produzierendem Adenom zu beobachten (Adolf et al. 2016). Diese metabolischen Veränderungen tragen mutmaßlich zu dem erhöhten kardiovaskulären und zerebrovaskulären Risiko bei, das gegenüber einer essenziellen Hypertonie deutlich gesteigert ist (Byrd et al. 2018; Hundemer et al. 2018). Die wichtigsten Subtypen sind das Aldosteron-produzierende Adenom (circa 30 Prozent der Fälle) und die bilaterale Nebennierenhyperplasie (IAH, 70 Prozent der Fälle). Je nach zugrunde liegender Genese sollte im Falle eines hormonaktiven Adenoms dieses nach entsprechender Vorbehandlung chirurgisch entfernt werden oder bei einer IAH die Therapie mit einem Aldosteronantagonisten begonnen werden.

Ein weiteres hormonaktives Nebennierenadenom ist das Phäochromozytom. Die Symptome beruhen auf der erhöhten Konzentration und damit gesteigerten Wirkung der vermehrt freigesetzten Stresshormone (sogenannte Katecholamine) wie Hypertonie, Herzrhythmusstörungen und einer Erhöhung des Blutzuckers. Eine Operation ist die gebotene Therapie.

Während die zuletzt beschriebenen Erkrankungen mit einer Überfunktion der Nebenniere verbunden sind, handelt es sich bei der seltenen primären Nebenniereninsuffizienz (Prävalenz 100–140 Fälle pro 1 Million Einwohner) um eine potenziell lebensgefährdende Erkrankung, bei der es meist durch Autoimmunprozesse zu einem Mangel an Cortisol und Aldosteron kommt. Da die normale Cortisolsekretion bei Gesunden einer Tagesrhythmik folgt, besteht die Herausforderung in einer der natürlichen Sekretion angepassten Cortisolersatztherapie. Die bisherige konventionelle Therapie besteht aus der Gabe von kurz wirksamem Hydrocortison, das jedoch diese Tagesrhythmik nur unzureichend imitieren kann. Damit kommt es regelmäßig zu Phasen der Über- oder Untersubstitution. Beide sind für den Körper schädlich. Die zeitweilige Übersubstitution begünstigt

die bekannten Folgen eines Hypercortisolismus wie Adipositas, Störungen des Glucosestoffwechsels und Hyperlipidämien. Aber auch die langen Phasen der Unterversorgung tragen vermutlich durch erhöhte Entzündungsmediatoren zu dem bekannten gesteigerten kardio- und zerebrovaskulären Risiko bei. Neuere retardierte Präparate haben das Ziel, die Tagesschwankungen besser nachzuzeichnen. Erste Daten deuten auf eine Verbesserung der Stoffwechsellage hin mit positivem Einfluss auf Gewicht und Insulinsensitivität (Guarnotta et al. 2018).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Nebennierenfunktionsstörungen mit einem hohen kardiometabolischen Risiko behaftet sind. Bei der Therapie dieser Erkrankungen sollten etwaige metabolische Auswirkungen und deren Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System im Blick behalten werden.

Literatur:

1. Athanasouli F, Georgiopoulos G, Asonitis N et al. Nonfunctional adrenal adenomas and impaired glucose metabolism: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine* 2021;74:50-60
2. Papanastasiou L, Alexandraki K, Androulakis I et al. Concomitant alterations of metabolic parameters, cardiovascular risk factors and altered cortisol secretion in patients with adrenal incidentalomas during prolonged follow-up. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2017;86(4):488-498
3. Fassnacht M, Tsagarakis S, Terzolo M et al. European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol* 2023;189(1):G1-G42
4. Hanslik G, Wallaschofski H, Dietz A et al. Increased prevalence of diabetes mellitus and the metabolic syndrome in patients with primary aldosteronism of the German Conn's Registry. *Eur J Endocrinol* 2015; 173(5): 665-675
5. Hundemer GL, Curhan GC, Yozamp N et al. Cardiometabolic outcomes and mortality in medically treated primary aldosteronism: a retrospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018; 6(1):51-59
6. Byrd JB, Turcu AF, Auchus RJ. Primary Aldosteronism: Practical Approach to Diagnosis and Management. *Circulation* 2018;138(8):823-835
7. Adolf C, Asbach E, Dietz AS et al. Worsening of lipid metabolism after successful treatment of primary aldosteronism. *Endocrine* 2016;54(1):198-205
8. Guarnotta V, Ciresi A, Pillitteri G et al. Improved insulin sensitivity and secretion in prediabetic patients with adrenal insufficiency on dual-release hydrocortisone treatment: a 36-month retrospective analysis. *Clin Endocrinol* 2018;88(5):665-672

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Hamburg, Juli 2024

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand Februar 2024



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 etwa **eine halbe Million** Erwachsene neu an Diabetes.
- **Prävalenz:** Aktuell sind etwa **8,9 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 1:

- **Erwachsene:** etwa **340 000 Betroffene**
- **Kinder und Jugendliche:** etwa **37 000 Betroffene (bis zum Alter von 20 Jahren)**. Jährlich erkranken mehr als 3 000 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre neu an Typ-1-Diabetes. Auch diese Zahl steigt im Jahr um drei bis fünf Prozent an.

Diabetes Typ 2:

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

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.

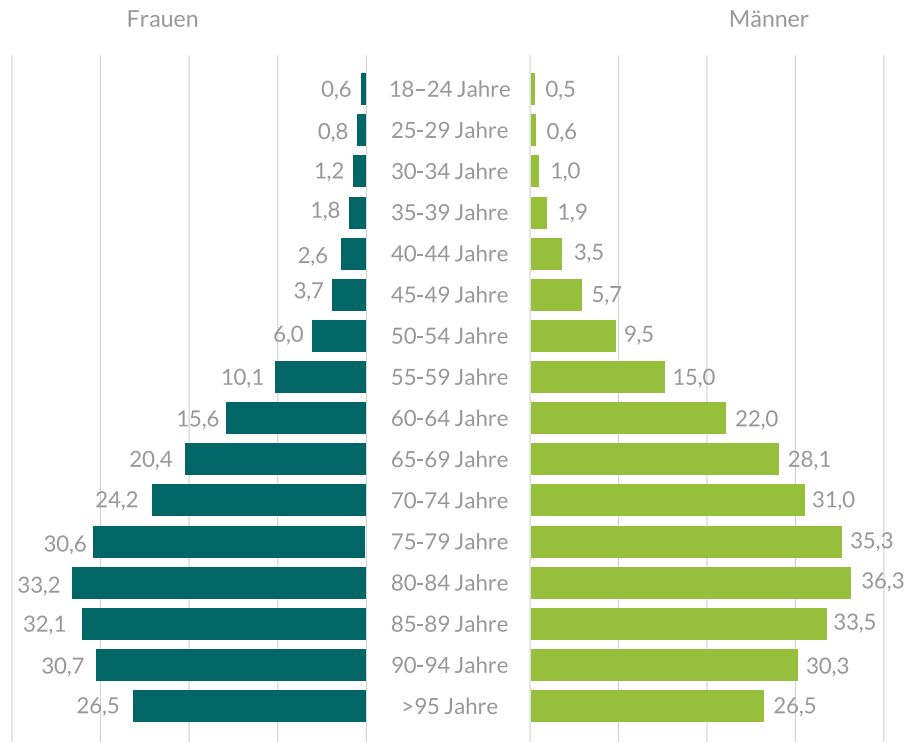
Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023 und 2024

Robert Koch-Institut (RKI)

Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance: Diabetes in Deutschland

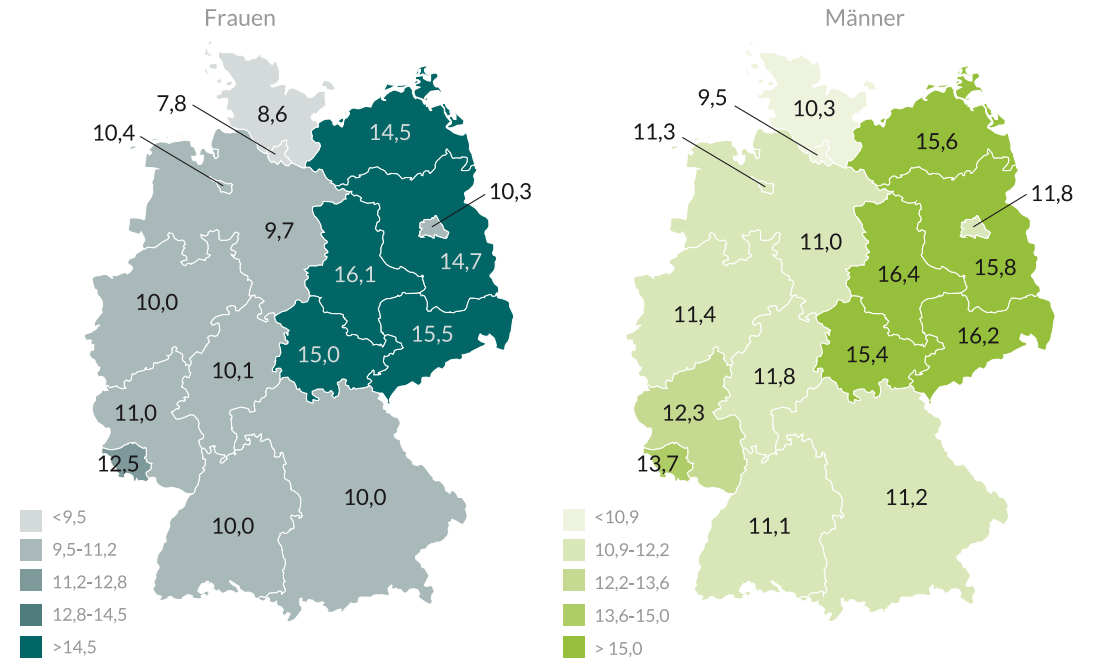
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© 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

4 200 Diabetolog*innen
5 900 Diabetesberater*innen
9 200 Diabetesassistent*innen
3 970 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

Etwa 16 Millionen Menschen in Deutschland – 24 % der Erwachsenen und 6 % der Kinder und Jugendlichen – sind den letzten repräsentativen Messungen zufolge von Adipositas betroffen.

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**.

Übergewicht und Adipositas sind laut WHO die Ursachen für 13 % der Todesfälle in Europa die wichtigsten Ursachen für durch Krankheit eingeschränkte Lebensjahre.

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

Deutschland gibt weltweit 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.

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. Im Herbst 2023 möchte der G-BA einen Beschluss fassen.

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

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023 und 2024
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 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 feiert 2024 ihr 60-jähriges Bestehen. Sie 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/Christina Seddig

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-516/-652, Fax: 0711 8931-167

richter@medizinkommunikation.org

seddig@medizinkommunikation.org

Nach Höhepunkt 2023: DDG schreibt erneut Medienpreise aus

Exzellente Beiträge zum Thema „Diabetes und dann?! Behandlung, Leben, Begleiterkrankungen“ gesucht

Die DDG-Medienpreisausschreibung 2023 war so erfolgreich wie nie zuvor –bis zum 31. Juli 2024 haben Medienschaffende nun wieder die Möglichkeit an der Ausschreibung teilzunehmen. In diesem Jahr feiert die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ihren 60. Geburtstag. In ihrem Jubiläumsjahr macht die Fachgesellschaft mit vielfältigen Aktionen auf die Herausforderungen des Diabetes mellitus und den steigenden Bedarf an Prävention, Forschung sowie Therapien aufmerksam. Ein zentraler Baustein ist auch die 11.

Medienpreisausschreibung – dafür hat die DDG das Motto bewusst besonders offen gewählt. Es lautet: „Diabetes und dann?! Behandlung, Leben, Begleiterkrankungen“. Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum können ihre qualitativ hochwertigen Beiträge in den Kategorien Lesen, Hören und Sehen einreichen.

Begleiterkrankungen

Die DDG richtet in ihrem Jubiläumsjahr mit dem diesjährigen Motto erstmalig und ganz bewusst einen verstärkten Fokus auf die Begleiterkrankungen des Diabetes. „Als Folgen eines länger entgleisten Blutzuckerspiegels können nämlich fatale Schäden an den großen oder kleinen Gefäßen und an den Nerven auftreten“, warnt DDG-Mediensprecher Professor Dr. med. Baptist Gallwitz. Zum einen kann es zu Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems – wie Herzinfarkt und Schlaganfall – oder zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit kommen. Zum anderen können kleine Blutgefäße betroffen sein – wie zum Beispiel an der Netzhaut der Augen, in den Nieren oder an den Füßen. „Wenn die Füße betroffen sind, kann das besonders schlimme Folgen haben – wie das diabetische Fußsyndrom“, betont Gallwitz. Wegen dieser Erkrankung sind in Deutschland circa 600.000 Menschen jährlich in Behandlung. Sie zeigt sich durch Druckstellen, Entzündung, offene Wunden oder sogar schwarze Stellen am Fuß. „Bis zu 40.000 Fußamputationen werden deshalb hierzulande jährlich durchgeführt, viele davon wären jedoch mit einer rechtzeitigen Prävention nicht notwendig“, so der DDG-Mediensprecher.

Behandlung

In der Kategorie „Behandlung von Diabetes“ kann in den Beiträgen beispielsweise die Reform des Gesundheitswesens im Fokus stehen. Denn einer steigenden Zahl an Menschen mit Diabetes steht in den Krankenhäusern ein Mangel an Fachkräften gegenüber – nur 20 Prozent aller Kliniken in Deutschland können noch eine adäquate diabetologische Behandlung anbieten und Fachkräfte ausbilden. Doch jeder Erkrankte, der wegen oder mit einem Diabetes in eine Klinik kommt, benötigt eine individuelle

Therapie durch speziell qualifiziertes Fachpersonal. „Viele Kliniken blicken mit Sorge in die Zukunft. Auch in der ambulanten Versorgung zeigt sich ein zunehmender gravierender Mangel an Fachkräften und Schwerpunktpraxen, besonders in ländlichen Regionen. Das verunsichert auch die Patientinnen und Patienten. Wie die Reform die Qualität in der Versorgung endlich wieder in den Fokus rückt, ist nur ein Thema, das in den Beiträgen aufgegriffen werden kann“, erklärt DDG Mediensprecher Gallwitz.

Leben

In der Kategorie „Leben“ können ebenfalls zahlreiche Themen im Fokus stehen – etwa das Thema Ernährung und Diabetes. „Menschen mit Diabetes können mit einer gesunden Ernährung sehr viel für ihre Gesundheit tun“, so Gallwitz. „Wie Studien inzwischen zeigen, kann eine intensive und individuelle Ernährungstherapie und Lebensstilintervention einen Typ-2-Diabetes im Frühstadium bisweilen sogar rückgängig machen.“ Patientinnen und Patienten können mit einer gesunden Ernährung und einer Gewichtsabnahme auch ihr Risiko für Begleiterkrankungen – wie Herzinfarkt und Schlaganfall oder Nieren- und Augenerkrankungen oder für das diabetische Fußsyndrom – effektiv reduzieren. „Eine Reduktion des Gewichts um 10 bis 15 Prozent kann die Blutzuckerwerte oft wieder normalisieren“, so Gallwitz. Auch die Themen Sport und Diabetes sowie der Alltag von Menschen mit Diabetes am Arbeitsplatz und das Thema Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes an Schulen und in Kindergärten können im Mittelpunkt der Beiträge in dieser Kategorie stehen, desgleichen die Versorgung von Alten, die ihre Therapie nicht mehr selbst steuern können.

Bewerbungsunterlagen:

Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis **zum 31. Juli 2024** 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 22. bis 23.11.2024 in Hannover 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.

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



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2024/2025

Zum neunten Mal schreibt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) den DGE-Medienpreis für journalistische Beiträge zu Erkrankungen des Hormonsystems und Störungen des Stoffwechsels aus. Bewerbungsschluss ist der 31. Januar 2025. Das Preisgeld beträgt 2.000 Euro. Der Medienpreis würdigt herausragende journalistische Arbeiten zu endokrinologischen Themen, die sorgfältig recherchiert, allgemeinverständlich formuliert sind und den Kriterien medizin-journalistischer Qualität entsprechen. Teilnehmen können Journalistinnen und Journalisten mit Beiträgen aus den Bereichen Print (Zeitungen, Zeitschriften sowie im Internet veröffentlichte Artikel), Fernsehen, Hörfunk und Podcasts. Es kann jeweils nur ein Einzelbeitrag eingereicht werden.

Mit dem Medienpreis will die DGE die Berichterstattung über endokrinologische Themen anregen und zugleich die Bedeutung des Faches Endokrinologie sichtbar machen.

Bewerbungsunterlagen

Eingereicht werden können Beiträge, die **zwischen dem 1. Februar 2024 und dem 31. Januar 2025** in einem deutschsprachigen Publikumsmedium veröffentlicht werden.

Folgende Unterlagen sind bitte per E-Mail an die Pressestelle der DGE zu senden:

- Kurzer Lebenslauf mit Foto (650 x 370 px und Angabe zum Urheberrecht) des Bewerbers/der Bewerberin als Word- oder PDF-Datei
- Print-Beitrag als PDF
- Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei, inklusive Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inklusive Sendemanuskript als PDF, gegebenenfalls Link, falls Beitrag im Web abrufbar ist

Preisvergabe

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury der DGE. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei gleichwertige und preiswürdige Bewerbungen vorliegen. Gelangt die Jury zu der Einschätzung, dass preiswürdige Publikationen bis zum Meldeschluss dieser Ausschreibung nicht vorliegen, wird der Preis nicht vergeben.

Die **Preisvergabe** erfolgt auf dem **68. Kongress für Endokrinologie** 19.03.2025 - 21.03.2025 in Baden-Baden.

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 der ausgezeichneten Publikation auf der Homepage der DGE und gegebenenfalls in anderen Publikationen der Fachgesellschaft.

DGE-Pressestelle:

Katharina Kusserow

Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-703, Fax: 0711 8931-167, E-Mail: kusserow@medizin kommunikation.org
www.endokrinologie.net



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Die **Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V.** ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Hormon- und Stoffwechselerkrankungen. Hormone werden von endokrinen Drüsen, zum Beispiel Schilddrüse oder Hirnanhangdrüse, aber auch bestimmten Zellen in Hoden und Eierstöcken „endokrin“ ausgeschüttet, das heißt nach „innen“ in das Blut abgegeben. Im Unterschied dazu geben „exokrine“ Drüsen wie Speichel- oder Schweißdrüsen, ihre Sekrete nach „außen“ ab.

Hauptaufgabe der DGE ist die **Förderung der Forschung** auf dem Gebiet der Endokrinologie – im Bereich der Grundlagenforschung ebenso wie im Bereich der klinischen Forschung. Sie vergibt mehrere Auszeichnungen und Stipendien an Wissenschaftler, die auf diesem Gebiet herausragende Erfolge vorweisen können.
www.endokrinologie.net/preise-stipendien.php

Die DGE wurde 1953 gegründet. Sie veranstaltet jährlich **wissenschaftliche Symposien**, gibt die Zeitschriften „Journal of Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes“ (ECED) sowie die „Endokrinologie Informationen“ heraus, bietet **Fort- und Weiterbildung** an und vertritt Deutschland international in der European Federation of Endocrine Societies (ESE) und in der International Society of Endocrinology (ISE). In **acht Sektionen** und **fünf Arbeitsgemeinschaften** bearbeiten DGE-Mitglieder einzelne Themen wie etwa Knochenstoffwechsel, Diabetes oder Neuroendokrinologie gesondert. Derzeit hat die DGE etwa 1700 Mitglieder.

Zum neunten Mal schreibt die DGE einen **Medienpreis** aus. Der Wettbewerb richtet sich an Journalistinnen und Journalisten, die für Zeitungen oder Zeitschriften (Print oder Internet), Hörfunk oder Fernsehen arbeiten. Die **Preisvergabe** erfolgt auf dem **68. Kongress für Endokrinologie** (19.03.2025 - 21.03.2025 in Baden-Baden.).

Hinweis: Bewerbungsschluss für den DGE-Medienpreis 2024/2025 ist am 31. Januar 2025. Eingereicht werden können Beiträge, die zwischen dem 1. Februar 2024 und dem 31. Januar 2025 in einem deutschsprachigen Publikumsmedium veröffentlicht werden.

Geschäftsstelle der DGE
c/o EndoScience Endokrinologie Service GmbH
Hopfengartenweg 19, 90518 Altdorf
Tel.: 09187 / 97 424 11
Fax: 09187 / 97 424 71
E-Mail: dge@endokrinologie.net
www.endokrinologie.net
https://twitter.com/DG_Endo

Pressestelle der DGE
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. jur. Birgit Harbeck, amedes MVZ Hamburg GmbH, Mediensprecherin
Sophia Suckel
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931/ 330 686
Fax: 0711 8931/ 167
E-Mail: suckel@medizinkommunikation.org