

Kongress-Pressekonferenz

18. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

„Diabetesversorgung im Fokus: Herausforderungen und Lösungen in Klinik und Praxis“

Termin: Freitag, 22. November 2024, 12.30 bis 13.30 Uhr

Link: Konferenzraum 8/10 im HCC Hannover Congress Centrum oder online [hier](#)

Ihre Themen und Referierenden:

Von Anfang an richtig behandeln: Studien belegen Nutzen einer frühen Diabetestherapie

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Pressesprecher der DDG, Berlin

Diabetesversorgung in der Praxis: wie Schwerpunktpraxen die kontinuierliche Betreuung sichern und welche Auswirkungen die Änderungen des GVS-G haben

Dr. med. Tobias Wiesner

Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig

Diabetes-Units als Lebensretter: die Bedeutung von spezialisierten Einheiten für die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Dr. med. Dorothea Reichert

Tagungspräsidentin der Diabetes Herbsttagung, Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologin DDG in der Diabetesschwerpunktpraxis Dr. Reichert & Dr. Hinck in Landau, Fachliche Leitung der Diabetologie im Klinikum Landau - Südliche Weinstraße GmbH

Der Klinik-Atlas auf dem Prüfstand: Wie hilfreich ist die Orientierungshilfe für eine sichere Diabetesversorgung?

Professor Dr. med. Andreas Fritsche

Präsident der DDG, Lehrstuhl für Ernährungsmedizin und Prävention, Innere Medizin IV (Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie), Universitätsklinikum Tübingen

Moderation: Michaela Richter, Pressestelle DDG

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung

Stephanie Balz

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-168

Telefax: 0711 8931-167

balz@medizinkommunikation.org

www.herbsttagung-ddg.de

PRESSEMITTEILUNG

Diabetes und dann?! Behandlung, Leben, Begleiterkrankungen: DDG verleiht begehrte Medienpreise auf der Diabetes Herbsttagung

11. Medienpreisverleihung fand in feierlichem Rahmen auf der 18. Diabetes Herbsttagung in Hannover statt

Hannover, 22. November 2024 – Offen und innovativ – so war das Motto der Medienpreisausschreibung 2024 der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Unter dem Motto: „Diabetes und dann?! Behandlung, Leben, Begleiterkrankungen“ wurden in diesem Jahr fast 50 qualitativ hochwertige journalistische Beiträge eingereicht. Die drei Herausragendsten wurden heute auf der Eröffnungsveranstaltung der Diabetes Herbsttagung in Hannover prämiert. Die Preisträger*innen erhielten in den Kategorien „Lesen“, „Hören“ und „Sehen“ für ihre Beiträge jeweils ein Preisgeld in Höhe von 2.000 Euro. Erstmals wurde auch ein Instagram-Reel ausgezeichnet.

Die Gewinner*innen der DDG-Medienpreise 2024 im Überblick:

- ⇒ Der **Instagram-Reel** von Dr.med. Nibras Naami „**Notfall: Diabetische Ketoazidose! Diabetes Typ1 erkennen**“ zur Aufklärung von Eltern von Diabetes-erkrankten Kindern hat in der **Kategorie Sehen** gewonnen.
- ⇒ **Nina Weber** wurde für ihren Beitrag über Lieferschwierigkeiten bei lebenswichtigen Diabetes-Medizinprodukten im Nachrichtenmagazin „**Der Spiegel**“ in der **Kategorie Lesen ausgezeichnet**.
- ⇒ In der **Kategorie Hören** kürte die Jury eine Folge **des WDR-2-Gesundheitspodcasts „Frag dich fit“** von **Anne Schneider** und **Dr. med. Heinz-Wilhelm Esser**.

In diesem Jahr feiert die DDG ihren 60. Geburtstag. Für das Jubiläumsjahr hat sie das Motto der Medienpreise bewusst besonders offen gewählt: „Mit unserer diesjährigen Ausschreibung wollen wir darauf aufmerksam machen, mit welchen Herausforderungen Menschen mit Diabetes mellitus konfrontiert sind, denn Diabetes ist nicht gleich Diabetes“, erklärt DDG Mediensprecher Professor Dr. med. Baptist Gallwitz.

Der Siegerbeitrag in der **Kategorie „Sehen“** von **Dr. med. Nibras Naami** stellt **unerkannten Typ-1-Diabetes bei Kindern in einer bedrohlichen Stoffwechsellage in einer Notaufnahme** dar und erläutert dann mit einfachen Worten, was Diabetes Typ 1 ist. Dr. med. Naami erklärt medizinischen Laien – zum Beispiel Eltern ohne entsprechendes Vorwissen –, an welchen Symptomen sie Diabetes bei Kindern erkennen können: vermehrtes Wasserlassen (eventuell auch als nächtliches Bettnässen), starker Durst und vermehrtes Trinken, Gewichtsverlust trotz großen Hungers und reichlicher Nahrungsaufnahme. Dr. Naami betont aber auch, dass bei früher Diagnose und richtiger Therapie betroffene Kinder ein weitgehend normales Leben führen können. „Die Jury ist vor allem deshalb von dem Beitrag überzeugt, weil er ein sehr emotionales Thema sehr anschaulich schildert und dieses auf einem modernen Kanal der Zielgruppe leicht verständlich näherbringt“, so Gallwitz.

Siegerin in der Kategorie „Lesen“ ist **Nina Weber** mit ihrem Artikel **„Muss sie sterben, weil Roche ihr**

Medizinprodukt nicht mehr herstellen wird?“, der im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ erschienen ist. „Wegen der Besonderheit des Themas – die Fokussierung auf eine sehr seltene Diabetesform – und der umfassenden emotionalen und sensiblen Darstellung wertet die Jury dies als besten Beitrag in dieser Kategorie“, erläutert Gallwitz. Bewundernswert ist auch die im Artikel vorgestellte Protagonistin, die trotz so vieler Schicksalsschläge ihren Lebensmut nie verloren hat: Sie lebt seit ihrer Kindheit mit Diabetes Typ 1 und musste sich jahrelang Insulin spritzen. Als junge Erwachsene jedoch entwickelte sie die sehr seltene subkutane Insulinresistenz, wodurch das Spritzen ineffektiv wurde. Daher wurde ihr ein „Port-System“ von Roche implantiert, welches das Insulin direkt in die Bauchhöhle bringt. Derzeit leben nur 30 Menschen mit Diabetes in Deutschland mit diesem Produkt– es ist deshalb ein Nischenprodukt. Nun hat der Hersteller Roche Probleme mit der Produktion, weil Zulieferer keinen Nachschub mehr liefern. Wenn Roche – wie angekündigt – diese Patient*innen nur noch bis Ende 2025 mit dem Gerät versorgt, bleibt den Betroffenen keine Alternative außer einer Bauchspeicheldrüsentransplantation – bei den derzeitigen Wartelisten für Transplantationen ist dies jedoch eine lebensgefährliche Situation.

In der Kategorie „Hören“ hat die Jury die Folge **„Zucker, Sport und Insulin – Diabetes behandeln und verhindern“ des WDR-2-Gesundheitspodcasts „Frag dich fit“ von Anne Schneider und Dr. med. Heinz Wilhelm Esser** ausgezeichnet. Dazu DDG Mediensprecher Gallwitz: „Der Jury gefällt besonders, dass der Podcast mit alltagsnahen, anschaulichen Patientenbeispielen arbeitet und auf diese Weise zur Volkskrankheit Diabetes Typ 2 informiert.“ Zur Sprache kommen beispielsweise die Ursachen der verschiedenen Diabetes-Typen, erste Symptome, Hinweise zu Diagnose und Therapie, aber auch praktische Tipps zu Ernährung und Bewegung. Die Hörer*innen können über die Facebook-Gruppe, per WhatsApp oder E-Mail hierzu Fragen stellen – die Erklärungen sind kurzweilig und anschaulich.

„Es hat mich beeindruckt, wie die Journalist*innen sich dem Diabetes und den Menschen ‚dahinter‘ nähern. Wie offen und konstruktiv sie sich den verschiedenen Geschichten widmen, ohne dabei ihre Zielgruppe aus den Augen zu verlieren oder die nötige Sensibilität für die Betroffenen vermissen zu lassen. Im Namen der Jury gratuliere ich den Preisträger*innen daher sehr herzlich“, so Gallwitz. „In den Medien über Diabetes zu berichten und zu informieren ist so wichtig und die Themen sind so vielschichtig wie die Erkrankung selbst. Daher ist es uns als Fachgesellschaft immer ein ganz besonderes Anliegen, hochwertige und exzellent recherchierte Medienbeiträge öffentlich auszuzeichnen. Nicht nur um aufzuklären, sondern auch, um Mut zu machen und neue Perspektiven für die Versorgung, Forschung und Prävention zu eröffnen“, erläutert DDG-Geschäftsführerin Barbara Bitzer abschließend.

Zu den ausgezeichneten Beiträgen:

Die Videos der Preisträger*innen können unter:

<https://www.youtube.com/@deutschediabetesgesellschaft9826/videos>
eingesehen werden.

Mehr Informationen zur Diabetes Herbsttagung 2024 finden Sie unter <https://herbsttagung-ddg.de/>

Instagram-Reel von Dr. med. Naami: <https://www.instagram.com/p/C9z76shNgmj/>

Link zum WDR 2-Podcast von Dr. med. Heinz-Wilhelm Esser und Anne Schneider: <https://www1.wdr.de/mediathek/audio/wdr/corona-podcast/index.html>

Link zum Spiegel-Artikel von Frau Weber: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diabetes-typ-1-muss-sie-sterben-weil-roche-ihr-medizinprodukt-nicht-mehr-herstellen-wird-a-b5739ebf-aae3-4200-90df-77270738a068>

STATEMENT

Von Anfang an richtig behandeln: Studien belegen Nutzen einer frühen Diabetestherapie

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

Im Jahr 1998 wurden die Ergebnisse der United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) veröffentlicht, die erstmals für den Typ-2-Diabetes zeigten, dass eine normnähere Einstellung der Glukosestoffwechsellage und des Blutdrucks schon ab dem Zeitpunkt der Erstdiagnosestellung einen Vorteil bezüglich vaskulärer Endpunkte bietet (1, 2). Für Typ-1-Diabetes gab es für die Blutzuckereinstellung hierfür seit der Publikation der entsprechenden DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) schon seit 1993 Hinweise (3). Die UKPDS wurde industrieunabhängig durchgeführt und gilt trotz Kritik an der für heutige Verhältnisse eher kleinen Zahl an Studienteilnehmern (5 000) und mehreren im Studienverlauf auch geänderten Interventionsarmen als ein Meilenstein der klinischen Forschung zum Typ-2-Diabetes. In Nachbeobachtungen der Studienpopulation nach Interventionsende zeigten sich für die in der UKPDS „intensiv“ behandelten Studienteilnehmer mit normnäherer Stoffwechseleinstellung und Blutdruckkontrolle nach 10 Jahren immer noch Vorteile der in der Studie erreichten besseren Einstellung auf mikro- und makrovaskuläre Komplikationen (4).

Es wurden nun kürzlich die Ergebnisse der Nachbeobachtung, 24 Jahre nach Ende der Studienintervention, der UKPDS publiziert (5). Die Ergebnisse zeigen eindrucksvoll, dass eine normnähere Blutzuckereinstellung mit einem HbA_{1c} unter 7,0 Prozent durch eine „intensive Therapie“ (meist mit den damals zur Verfügung stehenden Medikamenten Metformin oder einem Sulfonylharnstoffpräparat oder Insulin) gegenüber der Kontrollgruppe auch nach der langen Nachbeobachtungszeit immer noch einen Vorteil bezüglich der harten Endpunkte Gesamtsterblichkeit, Myokardinfarkt und mikrovaskuläre Erkrankung (für Letztere waren in der UKPDS vor allem Laserbehandlungen an der Netzhaut des Auges beobachtet worden) aufweist. So fanden sich jetzt bei den im Jahr 2021 im Mittel mittlerweile 79,9 Jahre alten, noch lebenden 1 525 ehemaligen Studienteilnehmenden absolute Risikoreduktionen für die Gesamtsterblichkeit von 2,7 Prozent, für Myokardinfarkte von 3,3 Prozent und für mikrovaskuläre Ereignisse von 3,5 Prozent. In der mit Metformin intensiv behandelten Gruppe betrug die absolute Risikoreduktion für die Gesamtsterblichkeit sogar 4,9 Prozent und für Myokardinfarkte 6,2 Prozent. Bei der Schlaganfallhäufigkeit oder der Häufigkeit für Gefäßkomplikationen peripherer Gefäße fand sich während der Studie und in der Nachbeobachtungszeit kein signifikanter Unterschied. Ebenso fand sich bei den mit Metformin Behandelten kein signifikanter Unterschied bezüglich mikrovaskulärer Endpunkte. Die Autoren ziehen aus den Studienergebnissen den Schluss, dass eine frühe intensive

Therapie mit dem Ziel einer normnahen Glukoseeinstellung mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder Insulin einen lang anhaltenden Vorteil gegenüber einer nicht medikamentösen Behandlung mit weiterhin erhöhten Blutzuckerwerten bezüglich des Sterberisikos und des Auftretens von Herzinfarkten hat.

Unter einer Therapie mit Sulfonylharnstoffen oder einer Insulinbehandlung können jedoch Unterzuckerungen (Hypoglykämien) auftreten. Hier gilt es, dass schwere Unterzuckerungen, bei denen Selbsthilfe, um die Hypoglykämie zu beseitigen, nicht mehr möglich ist, unbedingt vermieden werden müssen, da diese eine Gefährdung darstellen. In einigen Studien (ACCORD, ADVANCE, VAT) zeigte sich ein Nachteil eines niedrigen Glykämieziels bei den Studienteilnehmenden, die Hypoglykämien erlitten und die eine ungünstige Kombinationstherapie für ihren Diabetes mit mehr als einem Diabetesmedikament erhielten, das Unterzuckerungen auslösen kann, oder die ein Diabetesmedikament hatten, das mittlerweile nicht mehr empfohlen ist und in der Praxis auch keine Rolle mehr spielt (6–8).

Bei der Therapie des Typ-2-Diabetes gibt es ferner das in der Praxis relevante Phänomen, dass die Wirkung einzelner Diabetesmedikamente im Lauf der Zeit abnimmt und daher die Therapie durch eine Kombination mehrerer Medikamente intensiviert werden muss. Am Ende ist dann häufig auch bei Typ-2-Diabetes eine Insulinbehandlung zusätzlich notwendig (9).

Mit Einführung neuer Medikamentenklassen in die Therapie des Typ-2-Diabetes ab circa 2005 gab es Alternativen zur Behandlung, die keine Hypoglykämien hervorrufen. Hierzu zählen die sogenannten Inkretin-basierten Therapieformen, hier gibt es die Klasse der DPP-4-Inhibitoren (DPP-4 = Dipeptidyl-Peptidase 4) als Tabletten und die GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA, GLP-1 = Glucagon-like Peptide-1) als Medikamente zur Injektion. Die Inkretin-basierten Medikamente erhöhen die Spiegel des Darmhormons GLP-1, das die Bauchspeicheldrüse dazu anregt, vermehrt Insulin abzugeben, allerdings nur solange der Blutzucker erhöht ist. Außerdem blockiert GLP-1 die Freisetzung des Hormons Glukagon, das ein Gegenspielerhormon von Insulin ist und den Blutzucker erhöhen kann. Des Weiteren gibt es seit 2012 mit den SGLT-2-Inhibitoren (SGLT-2 = Natrium-[englisch für Natrium]Glucose-Transporter-2) eine weitere Medikamentenklasse, die zur Behandlung des Typ-2-Diabetes eingesetzt werden kann.

Die ebenfalls kürzlich veröffentlichten neuen Ergebnisse der GRADE-Studie aus Großbritannien, die ebenfalls industrieunabhängig durchgeführt wurde, weisen darauf hin, dass der Verlust der Funktionsfähigkeit der insulinproduzierenden Betazellen bei Typ-2-Diabetes die wesentliche Rolle bei

der Progression dieser Erkrankung spielt (10). Die GRADE-Studie hatte sich zum Ziel gesetzt, prospektiv und doppelblind randomisiert zu untersuchen, welche Kombinationstherapie bei Typ-2-Diabetes als zusätzliche Medikation zu Metformin am wirksamsten und am sichersten ist und – so die Fragestellung in dieser Publikation – welche Auswirkungen das auf die Insulinsekretion und die Insulinresistenz im Lauf der Zeit hat. Zum Zeitpunkt der Planung und zum Beginn der GRADE-Studie waren die kardiovaskulären Sicherheitsstudien zu den neueren Substanzklassen der DPP-4-Inhibitoren, der GLP-1-RA und der SGLT-2-Inhibitoren noch nicht beendet.

In der GRADE-Studie waren 4 801 Teilnehmer mit Typ-2-Diabetes und einer Metformintherapie, die noch nicht mehr als 10 Jahre andauerte, eingeschlossen. Die Teilnehmer wurden in 4 Gruppen eingeteilt und erhielten zusätzlich zu ihrer Metforminbehandlung entweder das Basalinsulin Insulin glargin, den Sulfonylharnstoff Glimepirid, den DPP-4-Inhibitor Sitagliptin oder den GLP-1-RA Liraglutid. SGLT-2-Inhibitoren in einem weiteren Studienarm wurden in der GRADE-Studie nicht untersucht, da zum Zeitpunkt der Studienplanung diese noch nicht überall zugelassen und verfügbar waren. Diese Erkenntnislücke ist einer der wenigen Kritikpunkte am Design der GRADE-Studie. Während der 5-jährigen Beobachtungsphase nahm die Insulinresistenz bei der Gruppe der mit Insulin Behandelten im ersten Jahr zu und blieb dann konstant weiter erhöht, in den anderen Gruppen änderte sich die Insulinresistenz nicht signifikant. Die Insulinsekretionskapazität nach einem oralen Glukosetoleranztest (gemessen mit der C-Peptid-Antwort) war am besten unter der Therapie mit Liraglutid erhalten geblieben, gefolgt von Sitagliptin, Insulin glargin und Glimepirid (jeweils 1,54; 1,25; 1,02 und 0,87 [nmol/L]/[mg/dL] *100). Unter Liraglutid kam es außerdem zu einer signifikanten Gewichtsreduktion von 3,5 Kilogramm. Zusammenfassend war der Verlust der Betazellfunktion unter der Therapie mit Liraglutid am geringsten im Vergleich zu den anderen Therapieformen, unter der Sulfonylharnstofftherapie am meisten ausgeprägt.

Die Ergebnisse beider neuen Studien haben Potenzial, in neue Leitlinienempfehlungen Einzug zu finden. In den letzten Jahren hatten sich die Therapieempfehlungen der Behandlung des Typ-2-Diabetes dahingehend geändert, dass individuelle Behandlungsziele sich am kardiovaskulären und mikrovaskulären Risiko orientieren und hierbei Substanzen mit entsprechendem Zusatznutzen empfohlen werden. Hier haben GLP-1-RA und SGLT-2-Inhibitoren aufgrund ihrer Datenlage in kardiovaskulären Studien und Studien bei eingeschränkter Nierenfunktion einen hohen Stellenwert (11–13). Auf der Herbsttagung werden auch die neu aktualisierten Praxisempfehlungen zur Therapie des Typ-2-Diabetes vorgestellt und diskutiert (14).

Literatur:

1. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet*. 1998; 352(9131): 837-53
2. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet*. 1998; 352(9131): 854-65
3. Diabetes Control and Complications Trial Research Group; Nathan DM, Genuth S, Lachin J, et al. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993; 329(14): 977-86. doi: 10.1056/NEJM199309303291401
4. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 359(15): 1577-89. doi: 10.1056/NEJMoa0806470
5. Adler AI, Coleman RL, Leal J, et al. Post-trial monitoring of a randomised controlled trial of intensive glycaemic control in type 2 diabetes extended from 10 years to 24 years (UKPDS 91). *Lancet*. 2024; 404(10448):145-155. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00537-3
6. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group; Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 358(24): 2545-59. doi: 10.1056/NEJMoa0802743
7. ADVANCE Collaborative Group; Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 358(24): 2560-72. doi: 10.1056/NEJMoa0802987
8. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, et al; VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2009; 360(2): 129-39. doi: 10.1056/NEJMoa0808431
9. Kahn SE, Haffner SM, Heise MA, et al; ADOPT Study Group. Glycemic durability of rosiglitazone, metformin, or glyburide monotherapy. *N Engl J Med*. 2006; 355(23): 2427-43. doi: 10.1056/NEJMoa066224
10. Rasouli N, Younes N, Ghosh A, et al; GRADE Research Group. Longitudinal Effects of Glucose-Lowering Medications on β -Cell Responses and Insulin Sensitivity in Type 2 Diabetes: The GRADE Randomized Clinical Trial. *Diabetes Care*. 2024; 47(4): 580-588. doi: 10.2337/dc23-1070
11. Lee MMY, Kristensen SL, Gerstein HC, et al. Cardiovascular and mortality outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis with the FREEDOM

cardiovascular outcomes trial. *Diabetes Metab Syndr.* 2022; 16(1): 102382. doi:
10.1016/j.dsx.2021.102382

12. Nuffield Department of Population Health Renal Studies Group; SGLT2 inhibitor Meta-Analysis Cardio-Renal Trialists' Consortium. Impact of diabetes on the effects of sodium glucose co-transporter-2 inhibitors on kidney outcomes: collaborative meta-analysis of large placebo-controlled trials. *Lancet.* 2022; 400(10365): 1788-1801. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02074-8
13. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al; FLOW Trial Committees and Investigators. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2024; 391(2): 109-121. doi: 10.1056/NEJMoa2403347
14. Gallwitz B, Aberle J, Birkenfeld AL, et al. Therapie des Typ 2 Diabetes. *Diabetol Stoffwechsel* 2024; 19: S1-S17. doi: 10.1055/a-2312-0315

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hannover, November 2024

STATEMENT

Diabetesversorgung in der Praxis: wie Schwerpunktpraxen die kontinuierliche Betreuung sichern und welche Auswirkungen die Änderungen des GVSG haben

Dr. med. Tobias Wiesner

Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie am MVZ Stoffwechselmedizin Leipzig

Nichts ist so alt, wie die Zeitung von gestern!

Die aktuelle politische Lage und Neustrukturierung hat die Inhalte meiner Stellungnahme erheblich beeinflusst.

Aber von Anfang an, denn daran ändert sich nichts – die Ausgangslage der ambulanten Diabetologie ist somit für jeden Gesetzentwurf gleich: Der Diabetes mellitus ist nur scheinbar eine klar definierte Erkrankung der Glukoseerhöhung, vielmehr kann der Diabetes als chronische multisystemische Querschnittserkrankung angesehen werden. Ein Hausarzt/eine Hausärztin betreut circa 100 Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes, die meisten Betroffenen mit Typ-1-Diabetes werden von Diabetologinnen und Diabetologen in Schwerpunktpraxen betreut. Bis zu 20 Prozent der 9 Millionen Menschen mit Diabetes bedürfen permanenter oder vorübergehender Versorgung in einer diabetologischen Praxis.

Diese diabetologischen Praxen sind in den letzten 30 Jahren unter anderem aus der hausärztlichen Versorgung als spezialisierte Praxen entstanden, die als sogenannte diabetologische Schwerpunktpraxen arbeiten und speziell Patientinnen und Patienten mit allen Formen des Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2, Gestationsdiabetes) sowie die Komorbiditäten (Diabetisches Fußsyndrom, Wundtherapien) betreuen. Sie bieten auch Diabetesschulungen als essentielle Säule der chronischen Erkrankung Diabetes mellitus sowie die modernen Diabetestechnologien (Glukosesensoren, Diabetes-Apps = DIGAS, Pumpen-Systeme, gekoppelte Systeme Sensor/Pumpe) an.

Diese einzigartige Expertise wird durch die geschaffenen strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen erreicht, also die Arbeit im Team – bestehend aus den Diabetologinnen und Diabetologen und den Diabetesedukationsberufen, also Diabetes- und Wundassistentinnen und -assistenten sowie Diabetesberaterinnen und -beratern und anderen Professionen.

Der Fortbestand der diabetologischen Schwerpunktpraxis im Status quo der hochspezialisierten Betreuung der Menschen mit Diabetes ist an den wirtschaftlichen zumindest Status quo der Vergütung gekoppelt.

Das derzeit noch im parlamentarischen Prozess befindliche Gesetz Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) –auch Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – bietet aus unserer Sicht keine Garantie des Fortbestandes der diabetologischen Praxen. Wir nehmen dieses Gesetz als bedrohliche Situation für die Diabetologie wahr! Die Regelung des GVSG: „ein Patient = ein Hausarzt = eine Pauschale“ war und ist problematisch, da diabetologischen Schwerpunktpraxen zulassungsrechtlich und somit abrechnungstechnisch überwiegend im hausärztlichen Bereich angesiedelt sind, aber einen höheren personellen, technologischem und organisatorischen Aufwand haben.

Die DMP-Pauschalen sind zumeist der ausschließliche Anteil der Vergütung, die die inhaltlichen Besonderheiten des Diabetes abbilden sollten. Da jedoch in den meisten Regionen die DMP-Strukturverträge seit vielen Jahren nicht verändert worden sind, deckt dieser Vergütungsbaustein häufig nicht mehr die Strukturvoraussetzungen ab.

Der **politische Status quo stellt sich aus diabetologischer Sicht** wie folgt dar:

Nach dem Zerwürfnis der Ampelkoalition werden viele gesundheitspolitische Gesetzesvorhaben auf der Strecke bleiben. Alle Parteien haben sich in Windeseile zum Wahlkampf gerüstet und werden keine kontrovers diskutierten Gesetze mehr verabschieden. Der politische Stillstand bis zur Bildung einer neuen Regierung wird auch einen Stillstand bei dringend notwendigen Reformen in der ambulanten Gesundheitsversorgung führen.

Für uns als niedergelassene Diabetologen sind das Ende der Ampelkoalition und der Wegfall von versorgungsbedrohenden Gesetzesvorhaben kein Grund zum Alltag zurückzukehren. Im Gegenteil: Im Zuge des Regierungswechsels müssen die berufspolitischen Interessen der diabetologischen Schwerpunktpraxen vehement und stetig weiter vertreten werden. Konkrete Forderungen müssen jetzt im Zuge des Wahlkampfes benannt und Politikerinnen und Politiker angesprochen werden.

Kernbotschaften sind daher:

Die ambulante Diabetologie und ihre Bedeutung sind in der Gesundheitspolitik präsenter denn je. Wir konnten als Berufsverband in Schulterschluss mit der Fachgesellschaft zeigen, dass wir die Schlagkraft haben, Dinge zu bewegen und verändern. Der Dank gilt hier auch der vollen Unterstützung der Fachgesellschaft.

Diabetologische Schwerpunktpraxen sind der Grundbaustein der fachlichen Diabetesversorgung in Deutschland. Ohne sie ist eine Versorgung von Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland undenkbar. Nur sie ermöglichen eine umfassende, verantwortungsvolle und vorausschauende Versorgungsstruktur für Menschen mit Diabetes. Diabetologische Schwerpunktpraxen sind mit

Vorreiter beim Aufbau von intersektoralen Netzwerkstrukturen zum Vorteil von Patientinnen und Patienten.

Wir werden als Berufsverband die Themen und die berufspolitischen Interessen der diabetologischen Schwerpunktpraxen gezielt platzieren und diese stark vertreten, dies weiterhin parteiunabhängig und im Schulterschluss mit der Fachgesellschaft.

Hintergrundinformationen zum GVSG

Die derzeitige Vergütung der Schwerpunktpraxen setzt sich aus den hausärztlichen Grundpauschalen und den DMP-Vergütungen zusammen. Somit sind die angedachten Vorhalte- und Versorgungspauschalen des GVSG relevant für die diabetologischen Praxen. In den hausärztlichen Grundpauschalen des EBM gibt es (bis auf eine kleine Ausnahme) keine spezifischen Diabetologie-Ziffern.

Diese hausärztliche Verortung begründet nun aber auch die Besorgnis, auf die aus unserer Sicht problematische Regelung des GVSG: „ein Patient = ein Hausarzt = eine Pauschale“!

Die Prämisse: ein Hausarzt, ein Patient gleich eine Pauschale, wäre im hausärztlichen Bereich das Ende unserer Schwerpunktpraxisversorgung gewesen. Wir haben eine Petition gestartet, die 90.000 Menschen unterschrieben haben. So sind wir sehr gut mit dem Bundesgesundheitsministerium sowie dem Gesundheitsausschuss des Bundestages ins Gespräch gekommen. Ein Vertreter des BVND-Vorstandes, Herr Dr. Uwe Häussler, hat letzte Woche bei der Anhörung diesbezüglich Stellung genommen.

Wir befinden uns weiterhin im parlamentarischen Prozess und es muss dafür gesorgt werden, dass es reformierende Gesetze gibt, die den Schwerpunktpraxen weiterhin die Existenz ermöglichen!

Darüber hinaus können zunehmend nur wir Diabetologischen Schwerpunktpraxen als Weiterbildungsstätten auch für künftige Hausärztinnen und -ärzte diese Diabetes-Kompetenzen für die große Volkskrankheit Typ-2-Diabetes vermitteln, da die diabetologische Weiterbildung in Kliniken einen leisen Tod sterben wird.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hannover, November 2024

STATEMENT

Diabetes Units als Lebensretter: die Bedeutung von spezialisierten Einheiten für die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Dr. med. Dorothea Reichert

Tagungspräsidentin der Diabetes Herbsttagung, Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologin DDG in der Diabetesschwerpunktpraxis Drs. Reichert & Hinck in Landau

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, wird also ganz überwiegend ambulant behandelt. Aber auch Menschen mit Diabetes kommen ins Krankenhaus und bedürfen auch dort einer adäquaten Behandlung ihres Diabetes, insbesondere dann, wenn sie aufgrund der den stationären Aufenthalt bedingenden Erkrankung, nicht mehr zum selbstständigen Diabetesmanagement in der Lage sind.

Im Jahr 2023 lag die Zahl der Menschen mit einem dokumentierten Typ 2 Diabetes bei mindestens 8,9 Millionen. Dazu kommen 32 000 Kinder und Jugendliche sowie 340 000 Erwachsene mit einem Typ-1-Diabetes, bei einer Dunkelziffer von mindestens 2 Millionen Betroffenen. (1)

Mehr als 18 Prozent der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, also circa 3 Millionen Menschen im Jahr, sind an einem Diabetes mellitus erkrankt, dabei knapp 0,5 Prozent mit einem Diabetes Typ 1 und 17 Prozent mit einem Diabetes Typ 2, meist als Nebendiagnose (2). Tatsächlich dürften diese Zahlen noch höher sein, da sie auf Basis von Abrechnungsdaten ermittelt wurden und die Verschlüsselung der Nebendiagnose oft nicht erlösrelevant ist.

Allein die Zahlen legen nahe, dass es für eine gute und kontinuierliche Behandlung der Grunderkrankung Diabetes einer funktionierenden Vernetzung zwischen „ambulanter“ und „stationärer“ Versorgung bedarf, da sonst eine spezialisierte diabetologische Versorgung auf Grund von Personalmangel nicht gewährleistet werden kann.

Der Nutzen sektorenübergreifender Strukturen scheint der Politik schon lange bewusst zu sein. Bereits im Januar 2012 spielen Schlagworte wie „Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung“, „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ und „Verbesserung des Entlassungsmanagements nach Krankenhaus“ eine zentrale Rolle im seinerzeit beschlossenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz. (3)

Gerade die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sollte Brücken bauen zwischen den Sektorengrenzen.

Doch wo steht sie im Jahr 2024? Beispielhaft hier Landau in der Pfalz:

Dazu schaue ich nach bei der ASV-Service-Stelle im Internet.

Suche Rheumatologie, gefunden in 39,8 Kilometer Entfernung, ein Treffer,

Suche chronisch entzündliche Darmerkrankungen, 6 Treffer alle größer als 80 Kilometer Entfernung,

Suche ausgewählte seltene Lebererkrankungen, ein Treffer größer 80 Kilometer, 3 Treffer größer 90 Kilometer.

Zurück zum Diabetes.

Es ist November 2024 und nur jede 5. Klinik in Deutschland verfügt über eine ausreichende diabetologische Expertise. (4) Die Deutschen Diabetes Gesellschaft fordert daher Diabetes Units für alle Einrichtungen, die Menschen mit Diabetes behandeln.

Es gilt sie finanziell abzusichern und dauerhaft im Rahmen der neu zu schaffenden Versorgungspauschalen zu etablieren. Das kann nur durch einen Schulterschluss von ambulant und stationär gelingen, da sonst die Expertinnen und Experten sowohl im ärztlichen als auch im beratenden Bereich nicht annähernd verfügbar wären.

Schon heute gibt es viele verschiedene Beispiele gelungener Kooperationen, wobei zurzeit auf beiden Sektorensseiten der wirtschaftliche Aspekt keine Rolle spielen darf. Voraussetzung ist, dass beide Seiten vom Nutzen der Zusammenarbeit überzeugt sind.

Ich bin selbst Teil einer solchen Diabetes Unit und wie wir solche Notfälle meistern: Ich kann zum Beispiel von der Behandlung einer jungen Frau mit Typ-1- Diabetes berichten, die nach einem Unfall chirurgisch aufgenommen wurde, deren Allgemeinzustand sich jedoch zunehmend verschlechterte. Grundsätzlich wird in solchen Fällen das Diabetesteam unmittelbar konsiliarisch hinzugezogen. So konnte ein Defekt der Insulinpumpe durch den Unfall als Ursache der Verschlechterung festgestellt, die Patientin stabilisiert und die wegen des Unfalls nötig OP zeitnah durchgeführt werden.

Ein Beispiel, bei dem es um die Vermeidung nicht notwendiger Amputationen geht, ist die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms. Im Jahr 2022 werden bei Männern 5.702 diabetesbedingte Amputationen durchgeführt und bei Frauen 2.084 Amputationen, im Mittel liegt die Zahl bei 10,8 pro 100000 Einwohner. (5) Die Zahl diabetesbedingter Amputation stagniert trotz zunehmender Zahl gefäßchirurgischer Abteilungen. Eine bessere Stoffwechselfversorgung würde hier zu einer geringeren Komplikationsrate führen.

Aus meiner Sicht kann eine gesicherte Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Zukunft nur gelingen, wenn Diabetes Units als sektorenübergreifende Abteilungen flächendeckend entstehen, und sie die entsprechend der Standards der Fachgesellschaft arbeiten, die die DDG vorbildhaft mit den verschiedenen Zertifizierungsebenen und -möglichkeiten abgebildet hat.

(1) Auzanneau M, Fritsche A, Icks A, Siegel E, Kilian R, Karges W, Lanzinger S, Holl RW. 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. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0151.

(2) www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2024_endversion.pdf

(3) www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-18-lp/gkv-versorgungsstrukturgesetz

(4) DDG Pressemitteilung (2023): Die Krankenhausreform muss flächendeckende Diabetesversorgung sicherstellen. Link: www.ddg.info/pressebereich/2023/die-krankenhausreform-muss-flaechendeckende-diabetesversorgung-sicherstellen

(5) https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/3-30_Diabetesbedingte_Amputationen.html?nn=11915670

(6) www.ddg.info/behandlung-leitlinien/zertifizierung

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Hannover, November 2024

STATEMENT

Der Klinik-Atlas auf dem Prüfstand: Wie hilfreich ist die Orientierungshilfe für eine sichere Diabetesversorgung?

Professor Dr. med. Andreas Fritsche

Präsident der DDG, Deutsches Zentrum für Diabetesforschung e.V. (DZD), Leiter der Abteilung „Prävention und Therapie des Typ-2-Diabetes“ am Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen am Universitätsklinikum Tübingen, stellvertretender kommissarischer Ärztlicher Direktor im Bereich Diabetologie an der Medizinischen Klinik IV, Universität Tübingen

Der amtierende Gesundheitsminister Lauterbach bezeichnete im Mai 2024 den Klinik-Atlas als einen „übersichtlichen Wegweiser durch den Krankenhaus-Dschungel in Deutschland“. Diese Aussage war damals falsch und ist heute noch genauso falsch. Der Klinik-Atlas ist eine von vielen bisher erfolglosen Maßnahmen oder Gesetzen, die Herr Lauterbach auf den Weg bringen wollte.

Insbesondere für Diabetespatienten ist der Klinik-Atlas komplett nutzlos. Mit den Suchwörtern „Diabetes“ oder „Diabetologe“ findet man keine Klinik, sie liefern null Treffer. Der Bundesgesundheitsminister und seine Gesundheitsökonomie-Experten scheinen davon auszugehen, dass es gar keine Diabetespatienten im Krankenhaus geben darf, da diese angeblich alle ambulant behandelt werden. Jedoch müssen tatsächlich knapp 3 Millionen Diabetespatienten jährlich in deutschen Krankenhäusern behandelt werden (1), die Diabeteserkrankung spielt somit bei vielen Krankenhausaufenthalten eine bedeutende Rolle!

Der betroffene Patient sollte wissen, ob seine Grunderkrankung Diabetes auch bei Krankenhausaufenthalten aus anderen Gründen gut behandelt wird. Denn sie führt ansonsten zu längeren Krankenhausaufenthalten, mehr Komplikationen und höherer Mortalität (2). Die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat in einer Pressemitteilung bereits am 15. Mai 2024 den Klinik-Atlas scharf kritisiert (3). Sie hat gefordert, dass die seit Jahrzehnten etablierten Diabetologie-Zertifizierungen für Kliniken „Diabetes im Blick DDG“, „Diabeteszentrum DDG“ und „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ in den Klinik-Atlas aufgenommen werden. Die Zertifikate der DDG geben Menschen mit Diabetes mellitus und möglichen Folge- und Begleiterkrankungen eine qualitätsbasierte Orientierung bei der Suche nach der passenden Behandlungseinrichtung.

Ein wichtiger Punkt sind die immer älter werdenden Patienten mit Diabetes im Krankenhaus, besonders diejenigen mit Typ-1-Diabetes. Typ-1-Diabetes wird in der Öffentlichkeit, aber auch oft beim Personal im Krankenhaus als eine Erkrankung des Kindes- und Jugendalters angesehen. Jedoch tritt etwa die Hälfte der Typ-1-Diabetes-Neuerkrankungen im Erwachsenenalter auf (4). Außerdem haben heute Typ-1-Diabetespatienten eine sehr gute Chance auf eine normale Lebenserwartung. Wenn sie dann wegen einer Herzerkrankung, einer Hüftgelenkprothese, einer Lungenentzündung

oder anderem ins Krankenhaus müssen, kann es sehr gefährlich für sie werden, wenn das Personal und die Ärzte im Krankenhaus keine Erfahrung in der Typ-1-Diabetesbehandlung haben und diese mit Typ-2-Diabetes verwechselt wird (5). Diese Gefahr gibt es schon jetzt, sie wird aber nach Einführung der Krankenhausreform noch sehr viel höher werden. Der Gesundheitsminister prognostiziert, dass „ein paar Hundert Kliniken sterben werden“. Ferner sollen überflüssige Bettenkapazitäten reduziert werden und die Spezialversorgung sich an ausgewählten Standorten konzentrieren“. Gerade die Spezialisierung mit „Chest Pain Units“ oder „Stroke Units“ kann zu einer schlechteren Versorgung der Millionen von Diabetespatienten führen. Beispielhaft sollen hier die Probleme beim älteren Typ-1-Diabetespatienten benannt werden:

- 1) Der Typ-1-Diabetespatient wird als Typ-2-Diabetespatient gesehen. Dies kann zur Folge haben:
 - Er bekommt vor Operationen oder Eingriffen das Insulin abgesetzt, was lebensbedrohlich bis tödlich enden kann.
 - Er bekommt Typ-2-Diabetesmedikamente, die beim Typ-1-Diabetes nicht zugelassen und lebensgefährlich sein können.
- 2) Das Krankenhauspersonal kann nicht mit seiner Insulinpumpe, seiner kontinuierlichen Gewebezuckermessung und seiner automatischen Insulinverabreichung (AID) umgehen.
- 3) Die schwere Hypoglykämie wird als Schlaganfall behandelt, die Ketoazidose wird übersehen.

Es ist eine qualifizierte Diabetesbehandlung im Krankenhaus nötig und zu fordern. Diese wird im neuen Krankenhausgesetz durch die Mogelpackung der Vorhaltepauschalen nicht gewährleistet, sondern kann nur durch flächendeckende zertifizierte Diabetesabteilungen (Diabetes Units) erbracht werden.

Literatur:

- (1) Auzanneau M, Fritsche A, Icks A, Siegel E, Kilian R, Karges W, Lanzinger S, Holl RW. 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. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0151.
- (2) Eckert AJ, Fritsche A, Icks A, Siegel E, Mueller-Stierlin AS, Karges W, Rosenbauer J, Auzanneau M, Holl RW. Common procedures and conditions leading to inpatient hospital admissions in adults with and without diabetes from 2015 to 2019 in Germany: A comparison of frequency, length of hospital stay and complications. *Wien Klin Wochenschr.* 2023 Jul; 135:13-14. doi: 10.1007/s00508-023-02153-z.

- (3) <https://www.ddg.info/presse/2024/ddg-pressestatement-zum-geplanten-start-des-klinik-atlas-des-bundesgesundheitsministeriums-bmg-am-16-mai-2024>
- (4) Thomas NJ, Jones AG. The challenges of identifying and studying type 1 diabetes in adults. *Diabetologia*. 2023 Dec; 66(12):2200-2212. doi: 10.1007/s00125-023-06004-4.
- (5) Hess GM, Weber D, Kellerer M, Fritsche A, Kaltheuner FM. Experiences of diabetes type 1 patients during inpatient treatment – a patient survey by winDiab. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2023; 18(04): 281-287. doi: 10.1055/a-2051-7921.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Hannover, November 2024

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand Februar 2024

60 JAHRE **DDG**

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:

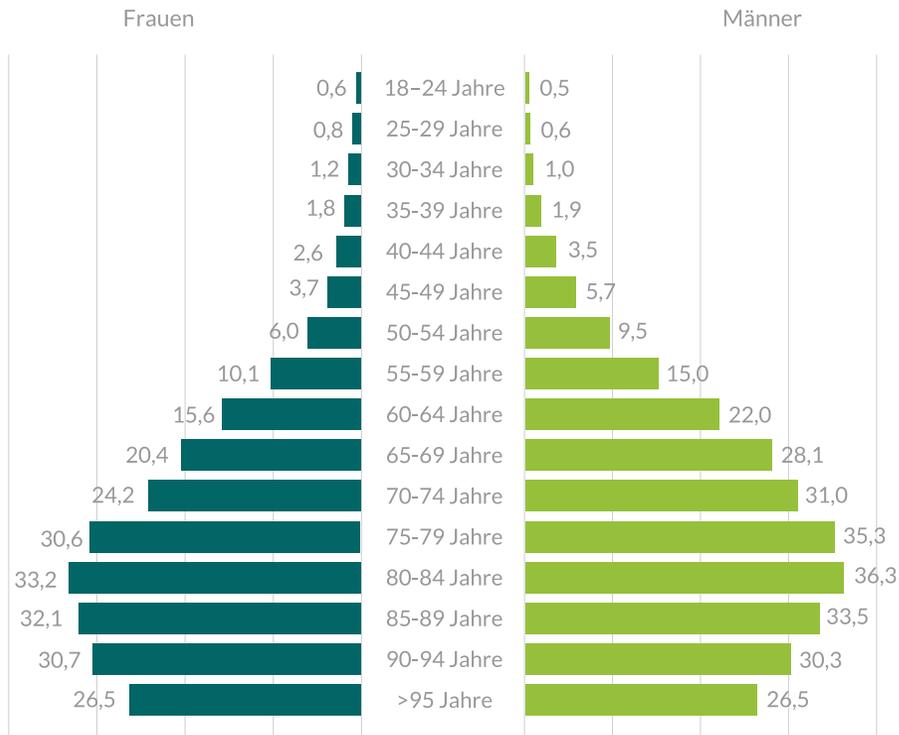
Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023 und 2024

Robert Koch-Institut (RKI)

Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillanz: Diabetes in Deutschland



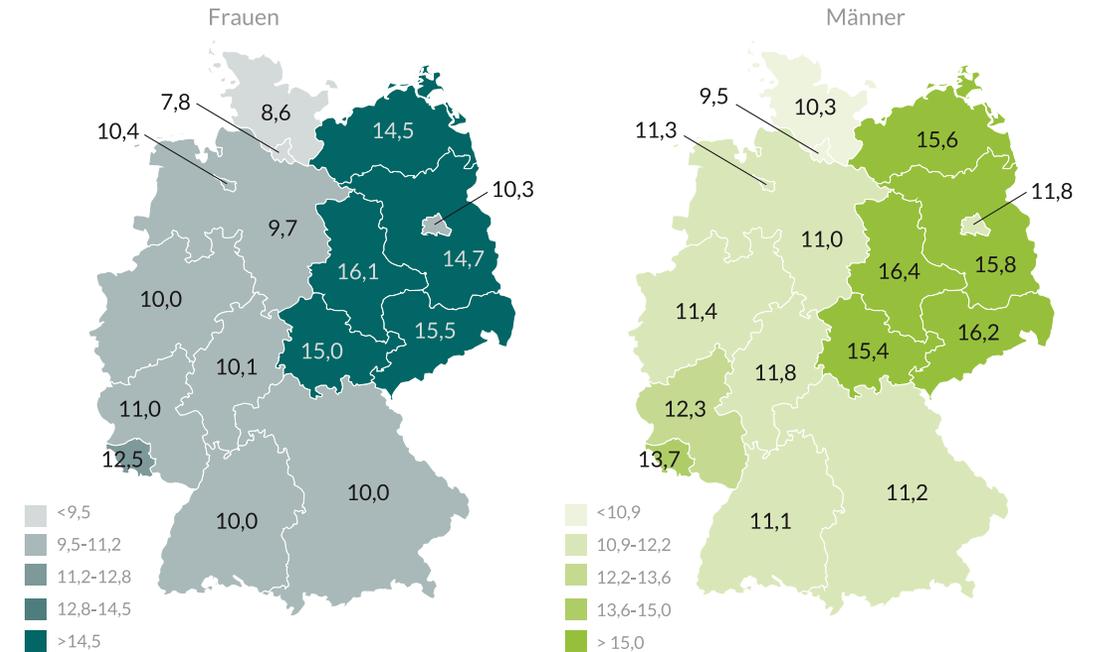
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© 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.

Das neue Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas kann die Versorgungssituation für Patient*innen verbessern und ist ein wichtiger Baustein für die Realisierung der Nationalen Diabetesstrategie.

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

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.

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