

5. gemeinsame Online-Presskonferenz

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

Termin: Mittwoch, 19. Juli 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr

Anmeldung unter: <https://attendee.gotowebinar.com/register/8180035987889316185>

Vorläufiges Programm mit Arbeitstiteln:

Erhöhter Blutzuckerspiegel? Nicht immer steckt Diabetes dahinter. An welche Hormonstörungen man auch denken sollte

Professor Dr. med. Stephan Petersenn

ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg
Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)

Gestationsdiabetes: Wie sieht die neue leitliniengerechte Versorgung aus - und ändert sich die Empfehlung zum Einsatz von Insulin?

Privatdozentin Dr. med. Katharina Laubner

Abteilung Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Freiburg

Kalziumüberschuss im Blut – warum eine rechtzeitige Diagnose und Therapie der Hyperkalzämie so wichtig sind

Privatdozent Dr. med. Stephan H. Scharla

Internist und Endokrinologe, Bad Reichenhall
Sprecher der Sektion Knochen- und Mineralstoffwechsel der DGE

Krankenhausreform: Was es braucht, damit Menschen mit Diabetes im Krankenhaus sicher und gut versorgt sind

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Stellv. Direktor, Department Innere Medizin, Abteilung IV, Universitätsklinikum Tübingen
Vorstandsmitglied und Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG)

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle DDG/DGE

PRESSEMITTEILUNG

Schwangerschaftsdiabetes

Langzeitrisiko für Diabetes mellitus erhöht – 60 Prozent nehmen Nachsorge nicht wahr

Berlin/Altdorf, Juli 2023 – Schwangerschaftsdiabetes ist die häufigste Stoffwechselerkrankung während der Schwangerschaft. Bei den werdenden Müttern kommt es zu vorübergehend erhöhten Blutzuckerwerten. Doch nach der Entbindung vervielfacht der sogenannte Gestationsdiabetes (GDM) die Wahrscheinlichkeit, dass die Mutter später einen dauerhaften Typ-2-Diabetes entwickelt. Ebenso ist ihr Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall deutlich erhöht. Daher ist eine strukturierte GDM-Nachsorge zentral, sagt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Dennoch nehmen derzeit über 60 Prozent der Betroffenen dieses Angebot nicht wahr. Warum GDM eine ernstzunehmende Schwangerschaftskomplikation ist, wie die Nachsorge verbessert werden könnte und die Therapie konkret aussehen soll, sind Themen auf der 5. gemeinsamen Online-Presskonferenz der DDG mit der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) am Mittwoch, den 19. Juli 2023 ab 11.00 Uhr, AnmeldeLink: <https://attendee.gotowebinar.com/register/8180035987889316185>

Im Jahr 2020 kamen in Deutschland 759.827 Kinder zur Welt. Etwa 56.200 Frauen entwickelten während der Schwangerschaft einen GDM. Knapp 8.000 (1,3 Prozent) der Mütter lebten bereits vor der Schwangerschaft mit einem Diabetes Typ 2. Insgesamt seien gut 9,5 Prozent der Schwangerschaften von Störungen des Blutzuckerstoffwechsels betroffen, so die „Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe“ des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (1). „Wir verzeichnen leider eine steigende Tendenz bei den Zahlen“, sagt Privatdozentin Dr. med. Katharina Laubner von der Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Freiburg. „Schwangerschaft ist eine Art Stresstest für den Organismus“, so Laubner.

Eine Erkrankung, die man nicht spürt

So verschlechtert sich die Glukoseverwertung bei Schwangeren mit GDM durch eine Kombination komplexer Stoffwechselforgänge. In der Folge steigt ihr Blutzuckerspiegel. „Die Patientinnen spüren

zunächst nichts davon“, berichtet die Endokrinologin und Diabetologin. Frauen mit höherem Lebensalter und Körpergewicht haben ein hohes Risiko für die Entwicklung eines GDM, ergänzt die Expertin.

Der zu hohe Blutzuckerspiegel kann das Ungeborene „mästen“

Obwohl der Blutzuckerspiegel nur Tage bis Wochen erhöht sein kann, ist diese Störung alles andere als harmlos. Laubner erklärt: „Da der Blutzuckerspiegel von Mutter und Kind über die Plazenta verbunden ist, wirkt sich zu viel Zucker im Blut der Mutter auch auf das Ungeborene aus. Mit ernsten Folgen: So kann es zu groß und zu schwer für eine normale Entbindung werden. Auch drohen schwerwiegende Entwicklungsstörungen und Stoffwechselkomplikationen wie Unterzuckerung des Neugeborenen nach Geburt“. Später hat das Kind ein erhöhtes Risiko für Stoffwechselstörungen wie Adipositas.

Schwangerschaftsdiabetes (GDM) erhöht das Risiko für Folgeerkrankungen

Bei der Mutter gilt der GDM wegen des hohen Risikos für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes nach der Geburt als Prädiabetes. Doch nicht nur das: Frauen mit GDM wiesen in einer Studie mit einer Beobachtungsdauer von durchschnittlich 7,7 Jahren ein fast 10-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes auf (2). Darüber hinaus treten Herz-Kreislauf-Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall innerhalb von 10 bis 22 Jahren nach der Entbindung doppelt so häufig auf im Vergleich zu Frauen mit normalem Blutzuckerspiegel in der Schwangerschaft, und zwar unabhängig davon, ob sie zwischenzeitlichen an Typ-2-Diabetes erkrankt sind (3, 4).

Alle Frauen mit GDM sollten zur Nachsorge gehen

Frauen mit GDM benötigen deshalb eine strukturierte Nachsorge mit regelmäßigen Screeningterminen hinsichtlich Typ-2-Diabetes, aber auch auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren, gleich, ob zwischenzeitlich ein Typ-2-Diabetes vorliege oder nicht, so Laubner. Es gehe dabei auch darum, frühzeitig Diabetes-Vorstufen zu finden, Patientinnen vorbeugende Maßnahmen anzubieten und einen bereits ausgebrochenen Typ-2-Diabetes schnell zu behandeln. Zahlen aus Deutschland aus dem GestDiab-Register zeigen jedoch, dass nur 38,2 Prozent der Frauen mit GDM ein postpartales Screening wahrnehmen, der Großteil über 60 Prozent nicht (5).

Mehr Awareness bei Patientinnen und Behandelnden nötig

„Hier müsste die Awareness dringend verbessert werden“, betont auch Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Pressesprecher der DDG aus Tübingen. „Präventive Maßnahmen wie eine Gewichtsreduktion sollten bei der langfristigen Betreuung der Patientinnen immer wieder angesprochen werden“, ergänzt Professor Dr. med. Stephan Petersenn, Pressesprecher der DGE aus Hamburg.

„Wir sehen bei der Nachsorge des GDM und damit bei der Prävention und Therapie von Typ 2-Diabetes noch viel Potenzial, um sowohl die geburtshilflichen als auch späteren Ergebnisse deutlich zu verbessern“, fasst Gallwitz zusammen.

Schwangerschaftsdiabetes (GDM) ist Gegenstand der gemeinsamen Online-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) am Mittwoch, den 19. Juli 2023 ab 11.00 Uhr. Anmelde-link für Journalistinnen und Journalisten unter:
<https://attendee.gotowebinar.com/register/8180035987889316185>

Quellen:

- (1) https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH_16n1-GE BH_2020_BUAW_V01_2021-08-10.pdf
- (2) Vounzoulaki E, Khunti K, Abner S et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; doi: 10.1136/bmj.m1361
- (3) Association of gestational diabetes mellitus with overall and type specific cardiovascular and cerebrovascular diseases: systematic review and meta-analysis. Xie W, et al., *BMJ* 2022;378:e070244
- (4) Täufer Cederlöf, E, Lundgren M, Lindahl B et al. Pregnancy Complications and Risk of Cardiovascular Disease Later in Life: A Nationwide Cohort Study. *J Am Heart Assoc* 2022; doi: 10.1161/JAHA.121.023079
- (5) Postpartum screening of women with GDM in specialised practices: Data from 12,991 women in the GestDiab register. Linnenkamp U, et al., *Diabet Med* 2022;39:e14861. 10.1111/dme.14861

Zum Weiterlesen:

Laubner K, Kleinwechter H. Diabetes mellitus und Schwangerschaft, *Diabetologie* 2023; 18: 197–212; doi: 10.1055/a-1988-9838

Interessenkonflikte:

PD Dr. med. Katharina Laubner gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Professor Dr. med. Stephan Petersenn gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

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

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Katharina Kusserow

Pressestelle DDG/DGE

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173/-703

Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

kusserow@medizinkommunikation.org

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

www.endokrinologie.net

PRESSEMITTEILUNG

Erhöhter Blutzuckerspiegel

Auch an andere Erkrankungen als Ursache des Diabetes mellitus denken

Berlin/Altdorf, Juli 2023 – Ein dauerhaft zu hoher Blutzuckerspiegel wird als Zuckerkrankheit, Hyperglykämie oder Diabetes mellitus bezeichnet. Dahinter steckt in 90 Prozent der Fälle eine Erkrankung an Typ-2-Diabetes. Weitere etwa 5 bis 10 Prozent der Betroffenen leiden an Typ-1-Diabetes, der autoimmun bedingten Form der Zuckerkrankheit mit Zerstörung der Insulin-produzierenden Zellen. In selteneren Fällen können jedoch auch andere Ursachen, wie etwa hormonelle Erkrankungen, der Grund sein: Bleiben Akromegalie, Cushing-Syndrom oder Phäochromozytom lange unbehandelt, drohen schwere gesundheitliche Folgen bis zum Tod. Ein zu hoher Blutzuckerspiegel als Symptom seltenerer hormoneller Krankheiten ist daher eines der Themen auf der 5. gemeinsamen Online-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) am Mittwoch, den 19. Juli 2023 ab 11.00 Uhr, AnmeldeLink:

<https://attendeegotowebinar.com/register/8180035987889316185>

Diabetes mellitus ist ein Überbegriff für verschiedene Erkrankungen des Stoffwechsels. Allen gemeinsam ist, dass sie zu erhöhten Blutzuckerwerten führen. Die häufigste Ursache der Zuckerkrankheit ist eine verminderte Wirkung von Insulin, eine sogenannte Insulinresistenz. „Dann spricht man von Typ-2-Diabetes“, sagt Professor Dr. med. Stephan Petersenn von der ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg und Pressesprecher der DGE. Er entsteht meist bei entsprechender erblicher Veranlagung in Kombination mit einem ungesunden Lebensstil – zu hoher Kalorienaufnahme, wenig Bewegung und Übergewicht. Ein Mangel am Hormon Insulin wiederum liegt bei Typ-1-Diabetes vor.

Auch bei seltenen Hormonstörungen kann der Blutzuckerspiegel erhöht sein

„Eine Hyperglykämie kann jedoch auch bei verschiedenen anderen Hormonstörungen auftreten“, so der Endokrinologe, „etwa wenn der Körper unphysiologisch hohe Konzentrationen von Adrenalin, Cortisol, Glukagon oder Wachstumshormon ausschüttet.“ Die Zuckerkrankheit ist dann Folge anderer Hormonimbalancen. „Sie bedarf deshalb auch einer ganz anderen Therapie“, sagt Petersenn. „Diese Krankheiten sind jedoch selten, sodass sie leider zunächst oft übersehen werden.“

Hyperglykämie kann ein Symptom für Akromegalie und zu viel Cortisol im Blut sein

Um so wichtiger sei es, bei erhöhtem Blutzuckerspiegel auf weitere Symptome zu achten und gegebenenfalls eine zusätzliche Diagnostik einzuleiten. Sind etwa noch Kopfschmerzen, Herzrasen und

Schweißausbrüche, meist verbunden mit Bluthochdruck, vorhanden, könnten sie ein Hinweis auf Tumoren des Nebennierenmarks (Phäochromozytom) sein. Zeigen sich neben dem Diabetes mellitus noch Bluthochdruck, passen Ringe und Schuhe plötzlich nicht mehr, bilden sich Zahnlücken und treten Gelenks- und Knochenschmerzen auf, liegt möglicherweise ein Überschuss des Wachstumshormons vor. Die sogenannte Akromegalie hat ihre Ursache in einem hormonproduzierenden Tumor der Hirnanhangsdrüse. Sie entwickelt sich oft schleichend im Erwachsenenalter und kann aber im späteren Verlauf tödliche Komplikationen entwickeln.

Auch zu viel Cortisol, gleich, ob durch eine Therapie mit Cortison-Präparaten oder durch eine gesteigerte Cortisol-Ausschüttung bei verschiedenen Tumoren, führt zu einer Hyperglykämie. Sie ist dann begleitet von einer Adipositas des Rumpfes, Muskel- und Knochenschwund sowie Bluthochdruck.

Nicht alle Menschen mit Diabetes mellitus leiden an Typ-1- oder Typ-2-Diabetes

„Erkrankungen des Hormonsystems sind zwar seltene Ursachen einer Hyperglykämie – aufgrund ihrer Schwere sollte bei der Abklärung eines Diabetes mellitus aber auch an sie gedacht werden“, so Petersenn. Das helfe, diese Erkrankung bereits früher zu diagnostizieren und auch die begleitende Zuckerstoffwechselstörung an ihrer Wurzel zu packen. „Diabetes mellitus oder Hyperglykämie sind eben ein Symptom und die Ursache hierfür muss abgeklärt werden. Lang nicht alle Menschen mit Diabetes mellitus passen in das Steckbriefraster Typ-1- oder Typ-2-Diabetes“, fasst Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Pressesprecher der DDG aus Tübingen und Stellvertretender Direktor, Department Innere Medizin, am Universitätsklinikum Tübingen zusammen.

Zum Weiterlesen:

Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. Schleicher E, Gerdes C, Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Freckmann G, Heinemann L, Nauck M, Landgraf R. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2022; 130(S 01): S1-S8.

Consensus on diagnosis and management of Cushing's disease: a guideline update. Fleseriu M, Auchus R, Bancos I, Ben-Shlomo A, Bertherat J, Biermasz NR, Boguszewski CL, Bronstein MD, Buchfelder M, Carmichael JD, Casanueva FF, Castinetti F, Chanson P, Findling J, Gadelha M, Geer EB, Giustina A, Grossman A, Gurnell M, Ho K, Ioachimescu AG, Kaiser UB, Karavitaki N, Katznelson L, Kelly DF, Lacroix A, McCormack A, Melmed S, Molitch M, Mortini P, Newell-Price J, Nieman L, Pereira AM, Petersenn S, Pivonello R, Raff H, Reincke M, Salvatori R, Scaroni C, Shimon I, Stratakis CA, Swearingen B, Tabarin A, Takahashi Y, Theodoropoulou M, Tsagarakis S, Valassi E, Varlamov EV, Vila G, Wass J, Webb SM, Zatelli MC, Biller BMK. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(12):847-875.

A Consensus on the Diagnosis and Treatment of Acromegaly Comorbidities: An Update. Giustina A, Barkan A, Beckers A, Biermasz N, Biller BMK, Boguszewski C, Bolanowski M, Bonert V, Bronstein MD, Casanueva FF, Clemmons D, Colao A, Ferone D, Fleseriu M, Frara S, Gadelha MR, Ghigo E, Gurnell M, Heaney AP, Ho K, Ioachimescu A, Katznelson L, Kelestimur F, Kopchick J, Krsek M, Lamberts S, Losa M, Luger A, Maffei P, Marazuela M, Mazziotti G, Mercado M, Mortini P, Neggess S, Pereira AM, Petersenn S, Puig-Domingo M,

Salvatori R, Shimon I, Strasburger C, Tsagarakis S, van der Lely AJ, Wass J, Zatelli MC, Melmed S. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(4):dgz096

Pheochromocytoma: current diagnostics and treatment. Quinkler M, Fassnacht M, Petersenn S, Reisch N, Willenberg HS, Diederich S. MMW Fortschr Med. 2010;152(7):36-38.

Interessenkonflikte:

Professor Dr. med. Stephan Petersenn hat für die Firmen HRA-Pharma, Novo Nordisk, Pfizer und Recordati an Advisory Boards teilgenommen und/oder Vorträge bei Workshops gehalten.

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

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Katharina Kusserow

Pressestelle DDG/DGE

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173/-703

Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

kusserow@medizinkommunikation.org

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

www.endokrinologie.net

PRESSEMITTEILUNG

Hyperkalziämie Auch leicht erhöhten Kalziumspiegel immer abklären

Berlin/Altdorf, Juli 2023 – Der Kalzium-Wert wird heute bei vielen Laboruntersuchungen routinemäßig mitbestimmt. Dabei zeigt sich: Etwa 1 Prozent der Gesamtbevölkerung und 3 Prozent der Frauen nach der Menopause haben leicht erhöhte Werte – oft als Zufallsbefund und ohne Symptome zu verspüren. Aber auch ein dauerhaft gering erhöhter Kalziumspiegel kann der Gesundheit schaden und etwa zu Nierensteinen, Fatigue, Magen-Darm-Beschwerden, Osteoporose und Gefäßerkrankungen führen. Außerdem kann er ein Symptom für verschiedene Erkrankungen sein. Deshalb sollte eine sogenannte Hyperkalziämie immer abgeklärt werden, rät die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) im Vorfeld ihrer 5. gemeinsamen Online-Presskonferenz mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) am Mittwoch, den 19. Juli 2023 ab 11.00 Uhr. Teilnahme unter:

<https://attendee.gotowebinar.com/register/8180035987889316185>

„Kalzium hat verschiedene Funktionen im Körper“, erläutert Privatdozent Dr. med. Stephan Scharla aus Bad Reichenhall und Sprecher der Sektion Knochen- und Mineralstoffwechsel der DGE: „Die größte Menge ist im Knochen eingelagert und sorgt für die Stabilität der Knochen. Zudem ist das Mineral essenziell für die Signalübertragung in Zellen und die Blutgerinnung. Außerdem spielt Kalzium eine wichtige Rolle für die Muskelfunktion und die Reizübertragung in den Nervenzellen und beeinflusst so auch Herzmuskulatur und Herzfunktion“.

Zu Beginn einer Hyperkalziämie zeigen sich meist keine charakteristischen Symptome. „Trotzdem kann es im Lauf der Zeit zu gravierenden Beeinträchtigungen der Gesundheit kommen“, sagt Scharla.

Ursachen

Die häufigste Ursache für einen erhöhten Kalzium-Blutspiegel ist der primäre Hyperparathyreoidismus (pHPT). „Etwa die Hälfte der Betroffenen leidet daran“, so Scharla. Hier liegt eine Überfunktion der Nebenschilddrüsen vor: Eines oder mehrere der vier kleinen, „neben“ den Schilddrüsen angesiedelten Organe schütten unkontrolliert Parathormon aus. Normalerweise sorgt dieses Hormon im Zusammenspiel

mit Vitamin D und Calcitonin für einen normalen Kalziumspiegel im Blut. Ist etwa zu wenig Kalzium im Blut, wird mehr Parathormon freigesetzt und in der Folge normalisiert sich der Kalziumspiegel im Blut. Beim pHPT ist diese Rückkoppelung ausgesetzt und es wird zu viel Parathormon freigesetzt.

Der Grund ist in den meisten Fällen ein gutartiger Tumor, ein Nebenschilddrüsenadenom. „Der pHPT ist neben der Zuckerkrankheit (Diabetes) eine sehr häufige hormonelle Erkrankung“, sagt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der DDG aus Tübingen. „Wir rechnen mit jährlich etwa 200 Neuerkrankungen pro 1 Million Einwohner“, ergänzt Scharla. Nebenschilddrüsenüberfunktionen auf Grund eines bösartigen Nebenschilddrüsentumors treten auch auf, sind aber mit etwa 1 Prozent Vorkommen sehr selten.

Vom sekundären Hyperparathyreoidismus (sHPT) spricht man, wenn der Körper wegen anderer Erkrankungen Kalzium verliert. Die Nebenschilddrüsen erhöhen dann die Parathormonausschüttung, um den Verlust auszugleichen, der durch die vermehrte Freisetzung von Kalzium aus dem Knochen entsteht. Ursache können etwa chronische Nierenerkrankungen oder entzündliche Darmerkrankungen sein.

Andere Ursachen für eine Hyperkalziämie sind bösartige Erkrankungen, die aus Knochenmetastasen Kalzium freisetzen oder ein Parathormon-ähnliches Hormon bilden. Auch entwässernde Medikamente wie Thiazide können den Kalziumspiegel über die Normwerte hinaus erhöhen. Zu den selteneren Gründen für Hyperkalziämie zählen Vitamin D-Überdosierung, rheumatische Erkrankungen und genetische Syndrome. Oft übersehen: „Viele Menschen nehmen zusätzlich Kalzium ein. Zuviel davon ist ebenfalls schädlich“, ergänzt der DGE-Experte.

Therapien

Bei der Behandlung des pHPT ist eine kleine und unkomplizierte Operation, bei der die entgleiste Nebenschilddrüse entfernt wird, die Therapie der Wahl. „In jedem Fall und auch, wenn man sich zunächst gegen den operativen Eingriff entscheidet, müssen die Patienten engmaschig weiterbetreut werden“, betont Scharla. Denn etwa 30 Prozent entwickeln im späteren Verlauf doch noch typische Folgekrankheiten.

„Liegt kein pHPT vor, muss die Ursache des erhöhten Kalziumspiegels abgeklärt werden, um gezielt zu behandeln - also etwa den Tumor zu therapieren oder zu hoch dosierte Kalziumpräparate abzusetzen.“

„Erhöhte Kalziumwerte sollte man nicht auf die leichte Schulter nehmen und deshalb immer abklären lassen“, fasst Professor Dr. med. Stephan Petersenn, Pressesprecher der DGE aus Hamburg zusammen. „Dies haben wir so auch in unseren Klug entscheiden-Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, die wir in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) herausgegeben haben, festgehalten (1). Leider haben sie noch nicht Eingang in alle Praxen gefunden.“

Quellen:

- (1) Klug entscheiden-Empfehlungen der DGIM/Endokrinologie: <https://www.klug-entscheiden.com/empfehlungen/endokrinologie>

Zum Weiterlesen:

Gollisch KS, Siggelkow, H, Primärer Hyperparathyreoidismus; Dtsch Med Wochenschr 2022; 147: 187–199, doi 10.1055/a-1241-6555

Interessenkonflikte:

PD Dr. med. Stephan Scharla gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.
Professor Dr. med. Stephan Petersenn gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.
Professor Dr. med. Baptist Gallwitz gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Katharina Kusserow
Pressestelle DDG/DGE
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173/-703
Fax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
kusserow@medizinkommunikation.org
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
www.endokrinologie.net

STATEMENT

Diabetes mellitus – nicht nur bei Übergewicht – auch an andere endokrinologische Erkrankungen denken!

Professor Dr. med. Stephan Petersenn

Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE), ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg

Unter dem Begriff „Diabetes mellitus“ werden unterschiedliche Stoffwechselerkrankungen zusammengefasst, die durch eine Hyperglykämie gekennzeichnet sind. Bei mehr als 90 Prozent der Patientinnen und Patienten ist ein Diabetes mellitus Typ 2 die Ursache, bei dem eine mit Übergewicht assoziierte Insulinresistenz im Vordergrund steht. Ein Diabetes mellitus Typ 1 aufgrund einer Zerstörung der Insulin-produzierenden β -Zellen des Pankreas findet sich bei etwa 5 bis 10 Prozent der Patienten. Daneben müssen andere seltene Ursachen bedacht werden, unter anderem monogenetische Formen, Erkrankungen des exokrinen Pankreas, medikamentös- und infektbedingte Formen, und aufgrund der therapeutischen Relevanz besonders bedeutsam einzelne endokrinologische Erkrankungen. Bei Letzteren findet sich eine unkontrollierte Ausschüttung von Hormonen, die physiologisch ein Gegengewicht zu Insulin darstellen und damit der Entwicklung einer Hypoglykämie entgegenwirken. Unphysiologisch hohe Konzentrationen unter anderem von Adrenalin, Cortisol, Glukagon oder Wachstumshormon können aber eine Hyperglykämie verursachen. Typische weitere Wirkungen dieser Hormone führen zu charakteristischen Krankheitsbildern, die aufgrund der schleichenden Entwicklung aber meist erst sehr spät erkannt werden. Umso wichtiger ist es, früh bei der Abklärung einer Hyperglykämie auf entsprechende Symptomenkomplexe zu achten und gegebenenfalls eine weitere Diagnostik einzuleiten.

Cushing-Syndrom

Ist der Organismus anhaltend erhöhten Mengen von Glukokortikoiden ausgesetzt, entwickelt sich ein typisches Krankheitsbild mit stammbetonter Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus, Muskelschwund, Hautveränderungen und Osteoporose. Komplizierend können sich eine Sepsis und Thromboembolien mit erheblicher Letalität entwickeln. Die wahrscheinlich häufigste Form ist iatrogen durch die Therapie mit Glukokortikoiden bedingt – genauere Daten gibt es aufgrund lückenhafter Erfassung nicht. Umso wichtiger ist es, bei entsprechender Medikamentenanamnese an die Entwicklung einer Hyperglykämie zu denken und frühzeitig eine Behandlung einzuleiten. Bei etwa zwei Drittel der endogenen Formen des Cushing-Syndroms findet sich ursächlich ein ACTH-produzierendes Hypophysenadenom (Inzidenz 1–2/Million/Jahr), das durch einen erfahrenen Neurochirurgen entfernt werden kann – seltener ist die Erkrankung auf eine ektope ACTH-Sekretion durch neuroendokrine Tumoren/kleinzellige Bronchialkarzinome oder auf eine autonome

Cortisolsekretion bei Nebennierenerkrankungen zurückzuführen. Diagnostisch bieten ein Suppressionstest (1 mg Dexamethason-Hemmtest) oder der Nachweis eines nächtlich erhöhten Cortisols im Speichel eine hohe Sensitivität und Spezifität beim Screening. Bei früher Erkennung und konsequenter Behandlung können sich die Begleiterkrankungen einschließlich des Diabetes mellitus zurückbilden.

Akromegalie

Die unkontrollierte Ausschüttung von Wachstumshormon führt ebenfalls zu einem typischen Symptomenkomplex – hierzu gehören neben dem Diabetes mellitus ein Hypertonus, charakteristische Veränderungen der Akren mit vorstehenden Augenbrauen und Prognathie, Zunahme von Ring- und Schuhgröße, Makroglossie und Ausbildung von Zahnlücken sowie Gelenks- und Knochenschmerzen. Komplizierend und die erhöhte Letalität bedingend können sich ein Schlaf-Apnoe-Syndrom und kardiale Begleiterkrankungen entwickeln. Ursächlich ist fast immer ein Wachstumshormon-produzierendes Hypophysenadenom (Inzidenz 6–8/Million/Jahr), das bei früher Diagnose kurativ entfernt werden kann. Leider wird die Diagnose aufgrund der schleichenden Entwicklung der Symptome und der Seltenheit der Erkrankung im Schnitt erst mehr als 6 Jahre nach Beginn gestellt – unter anderem auch durch einen aufmerksamen Arzt bei der Einstellung eines Diabetes mellitus. Die Bestimmung des IGF-1 im Serum ist ein ausgezeichnete Screening-Parameter.

Phäochromozytom

Die autonome Ausschüttung von Katecholaminen ist eine eher seltene Ursache eines sekundären Hypertonus (weniger als 0,2 Prozent aller Patienten mit Hypertonus) und kann auch zu einer Hyperglykämie führen. Ursächlich sind Tumoren des Nebennierenmarks (klassisch Phäochromozytom) oder der sympathischen Ganglien (Paraganglioma) – mit einer Inzidenz von etwa 8/Million/Jahr. Insbesondere bei der Symptom-Trias aus Kopfschmerzen, Tachykardie und Schweißausbrüchen sollte an diese Erkrankung gedacht werden. Bei der Hälfte der Patienten finden sich intermittierend erhöhte Blutdruckwerte, bei den übrigen Patienten ein dauerhafter Hypertonus oder auch seltener normale Blutdruckwerte. Die Messung der Katecholamin-Abbauprodukte (Metanephrin und Normetanephrin) im Plasma bietet eine hohe diagnostische Sicherheit – die Untersuchung des 24-Stunden-Urins hat damit an Bedeutung verloren. Da die Erkrankung auch familiär auftreten kann, wird bei allen Patienten eine genetische Diagnostik empfohlen – inzwischen sind Mutationen in mehr als 10 Genen beschrieben. Eine genauere Einordnung ist auch aufgrund des Malignitätsrisikos mancher Formen notwendig.

Andere Endokrinopathien als Ursache einer Hyperglykämie

Interessanterweise wird auch bei einer Hyperthyreose gelegentlich eine gestörte Glukosetoleranz beobachtet, bedingt wohl durch einen antagonistischen Effekt der Schilddrüsenhormone auf die periphere Insulinwirkung. Sehr selten findet sich ein Glukagon- oder Somatostatin-sezernierender neuroendokriner Tumor als Ursache einer Hyperglykämie.

Zusammenfassung

Endokrinologische Erkrankungen sind zwar seltene Ursachen einer Hyperglykämie – aufgrund ihrer erheblichen Morbidität und Letalität sollte bei der Abklärung eines Diabetes mellitus aber auch an diese Formen gedacht werden. Die typischen Symptomenkomplexe sind dabei wegweisend – die zielgerichtete Anamnese und körperliche Untersuchung des aufmerksamen Arztes hilft, die Erkrankung bereits früher zu diagnostizieren und die begleitende Glukosestoffwechselstörung gegebenenfalls ursächlich zu behandeln.

Quellen

- 1) Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. Schleicher E, Gerdes C, Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Freckmann G, Heinemann L, Nauck M, Landgraf R. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2022;130(S 01):S1-S8.
- 2) Consensus on diagnosis and management of Cushing's disease: a guideline update. Fleseriu M, Auchus R, Bancos I, Ben-Shlomo A, Bertherat J, Biermasz NR, Boguszewski CL, Bronstein MD, Buchfelder M, Carmichael JD, Casanueva FF, Castinetti F, Chanson P, Findling J, Gadelha M, Geer EB, Giustina A, Grossman A, Gurnell M, Ho K, Ioachimescu AG, Kaiser UB, Karavitaki N, Katznelson L, Kelly DF, Lacroix A, McCormack A, Melmed S, Molitch M, Mortini P, Newell-Price J, Nieman L, Pereira AM, Petersenn S, Pivonello R, Raff H, Reincke M, Salvatori R, Scaroni C, Shimon I, Stratakis CA, Swearingen B, Tabarin A, Takahashi Y, Theodoropoulou M, Tsagarakis S, Valassi E, Varlamov EV, Vila G, Wass J, Webb SM, Zatelli MC, Biller BMK. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(12):847-875.
- 3) A Consensus on the Diagnosis and Treatment of Acromegaly Comorbidities: An Update. Giustina A, Barkan A, Beckers A, Biermasz N, Biller BMK, Boguszewski C, Bolanowski M, Bonert V, Bronstein MD, Casanueva FF, Clemmons D, Colao A, Ferone D, Fleseriu M, Frara S, Gadelha MR, Ghigo E, Gurnell M, Heaney AP, Ho K, Ioachimescu A, Katznelson L, Kelestimur F, Kopchick

*Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Mittwoch, 19. Juli 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr, online*

J, Krsek M, Lamberts S, Losa M, Luger A, Maffei P, Marazuela M, Mazziotti G, Mercado M, Mortini P, Neggens S, Pereira AM, Petersenn S, Puig-Domingo M, Salvatori R, Shimon I, Strasburger C, Tsagarakis S, van der Lely AJ, Wass J, Zatelli MC, Melmed S. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(4):dgz096

- 4) [Pheochromocytoma: current diagnostics and treatment]. Quinkler M, Fassnacht M, Petersenn S, Reisch N, Willenberg HS, Diederich S. MMW Fortschr Med. 2010;152(7):36-38.

Disclosures

SP hat für die Firmen HRA-Pharma, Novo Nordisk, Pfizer und Recordati an Advisory Boards teilgenommen und/oder Vorträge bei Workshops gehalten.

STATEMENT

Gestationsdiabetes: Wie sieht die neue leitliniengerechte Versorgung aus – und ändert sich die Empfehlung zum Einsatz von Insulin?

Privatdozentin Dr. med. Katharina Laubner

Abteilung Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Freiburg

Gestationsdiabetes mellitus (GDM) ist eine der häufigsten Erkrankungen während der Schwangerschaft, bedarf einer strengen Blutzuckereinstellung und vor allem einer gemeinsamen, engmaschigen Betreuung durch Diabetologinnen und Diabetologen, Geburtshelferinnen und Geburtshelfer sowie Neonatologinnen und Neonatologen in enger Kooperation mit Hebammen und anderen Expertinnen und Experten mit dem Ziel eines Ausgangs der Schwangerschaft für Mutter und Kind wie im Geburtenkollektiv der Hintergrundpopulation.

Definiert ist ein GDM als eine Glukosetoleranzstörung, die erstmals in der Schwangerschaft mit einem oralen Glukosetoleranztest (oGTT) aus venösem Plasma diagnostiziert wird. Er verläuft asymptomatisch und die Prävalenz ist vor allem mit höherem Lebensalter, steigendem Körpergewicht, aber auch anderen Risikofaktoren assoziiert [1]. Die Pathophysiologie ähnelt einem Diabetes mellitus Typ 2, weshalb der GDM auch als „Prä-Typ-2-Diabetes-mellitus“ bezeichnet werden könnte. Die Prävalenz betrug im Jahr 2018 in Deutschland 6,8 Prozent, entsprechend 51.138 Fälle nach den Eintragungen im Mutterpass [2]. Die deutsche Bundesauswertung „Geburtshilfe“ des IQTIG für den Jahrgang 2021 belegt den Anstieg der GDM-Prävalenz auf 7,86 Prozent (56.193 Fälle) [3]. Seit 2012 wird allen Schwangeren in Deutschland im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien ein Screening angeboten, zunächst ein Vortest mit 50 g Glukose (nicht nüchtern, zu jeder Tageszeit) im Zeitfenster 24 + 0 bis 27 + 6 SSW. Zur Diagnosesicherung wird ein oGTT mit 75 g Glukose, morgens nüchtern über 2 Stunden eingesetzt. Die Messung der Blutglukose aus venösem Plasma erfolgt nüchtern sowie 1 und 2 Stunden nach Beginn des Trinkens der Testlösung. Die Diagnose wird gestellt, wenn mindestens einer der drei Messwerte erhöht ist (HAPO/IADPSG-Kriterien).

Gemäß den aktuell gültigen Leitlinien [4] folgt nach Diagnosestellung ein aufklärendes, ärztliches Erstgespräch, die Schwangere wird in die kapilläre Selbstmessung der Blutglukose (SMBG) eingewiesen und erhält eine Schulung einzeln oder in der Gruppe. Basistherapie stellt die Ernährungs- und Bewegungstherapie dar. Wobei die anzustrebenden Therapieziele das Erreichen der vorgegebenen Blutglukose-Zielwerte ohne Katabolie der Schwangeren, eine Gewichtszunahme der Schwangeren nach den Empfehlungen des Institute of Medicine (IOM), ein perzentilengerechtes und proportionales Wachstum des Fetus und ein Ausgang der Schwangerschaft mit Ergebnissen für Mutter und Kind, die sich nicht vom Geburtenkollektiv der Hintergrundpopulation unterscheiden, sein sollen.

Individualisierte Empfehlungen zum Essen und Trinken werden ausgegeben, die den Tagesrhythmus, die Gewohnheiten, die Erwerbstätigkeit, aber auch den soziokulturell-religiösen Status berücksichtigen. Die Ernährungstherapie bei GDM orientiert sich jedoch an mediterraner Kost mit Verteilung auf 3 Haupt- und 3 kleine Zwischenmahlzeiten. Empfohlen werden Nahrungsmittel mit niedrigem glykämischen Index (GI <55) und mindestens 30 g Ballaststoffen/Tag, das heißt reichlich unprozessierte Getreideprodukte, frisches Obst und Gemüse, ergänzt durch hochwertiges Olivenöl und Nüsse. Als Getränke können neben Wasser auch ungesüßter Tee und Kaffee empfohlen werden. Weitestgehend vermieden werden sollen Fertiggerichte, Konserven, Softdrinks, sichtbarer Zucker und Fast Food. Zusätzlich zur Ernährungstherapie wird eine Bewegungstherapie empfohlen, da regelmäßige Muskelarbeit die Insulinsensitivität verbessert, die Blutglukosespiegel senkt und die Rate an Insulintherapien, den Insulinbedarf und die neonatale Makrosomie reduziert. Empfohlen werden können aerobe Ausdauerbewegung, zum Beispiel Nordic Walking oder Aquaaerobic, oder Widerstandsübungen mit elastischem Band mindestens 2 Stunden/Woche.

Eine exzessive Gewichtszunahme in der Schwangerschaft ist zu vermeiden, da nach den Auswertungen des Institute of Medicine (IOM) hiermit unter anderem eine erhöhte LGA-Rate assoziiert ist. Die Frauen sollten sich selbst einmal pro Woche wiegen. Die Gewichtsentwicklung richtet sich nach dem präkonzeptionellen BMI, wobei nach neueren Daten adipöse Frauen bis zur Geburt nicht mehr als 6 Kilogramm zunehmen sollten, bisher galt eine Grenze von 5 bis 9 Kilogramm.

Werden die Therapieziele mit den beschriebenen Basismaßnahmen nicht erreicht, so ist in 10 bis 20 Prozent der Fälle eine medikamentöse Therapie mit Insulin indiziert. Die Insulintherapie stellt eine erhebliche Belastung für die Schwangere dar und soll gut begründet eingesetzt werden.

Unterdosierungen oder Korrekturen nur einzelner Blutglukosespitzen sind ineffektiv und sollten unterbleiben. Eine ausreichende Anfangsdosis ist zu beachten, sie liegt zum Beispiel bei einer ICT bei 0,3–0,4 U/kg Körpergewicht (KG) und Tag, im Therapieverlauf ist eine Dosierung nahe 1,0 IE/kg KG die Regel. Insulinpumpen oder CGM sind bei GDM nicht indiziert. Insulinquoten von über 30 Prozent sollten anhand der Ergebnisdaten (z. B. LGA, SGA) hinterfragt werden, da zu großzügige Insulintherapien mit dem Risiko von SGA-Geburten assoziiert sind, Untertherapien mit erhöhten LGA-Raten und neonatalen Hypoglykämien. Analysen aus Deutschland aus dem Jahr 2020 aus dem GestDiab-Register belegen Insulinraten von 29,7 Prozent bei 7.317 Schwangeren [5].

Die Betreuung von Frauen mit GDM geht nach der Entbindung weiter. So haben Frauen mit GDM bei einer medianen Beobachtungsdauer von 7,7 Jahren ein fast 10-fach erhöhtes Risiko für die

Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) [6]. Darüber hinaus treten kardiovaskuläre Komplikationen (Herzinfarkt, Schlaganfall) innerhalb von 10 bis 22 Jahren nach der Entbindung doppelt so häufig auf im Vergleich zu Frauen mit normaler Glukosetoleranz in der Schwangerschaft, und zwar unabhängig von der zwischenzeitlichen Manifestation eines T2DM [7, 8]. Frauen mit GDM benötigen demnach eine strukturierte Nachsorge mit regelmäßigem Screenen hinsichtlich T2DM, aber auch auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. kardiovaskuläre Risikofaktoren, auch unabhängig davon, ob zwischenzeitlich ein T2DM vorliegt oder nicht. Zahlen aus Deutschland aus dem GestDiab-Register zeigen, dass nur 38,2 Prozent der Frauen mit GDM ein postpartales Screening hinsichtlich T2DM wahrnehmen, der Großteil von über 60 Prozent nicht [9]. Frauen mit GDM sollten bereits während der Betreuung in der Schwangerschaft bezüglich des postpartalen Screenings auf T2DM ausreichend informiert werden, um dies nach der Entbindung wahrzunehmen. Eventuell helfen Erinnerungstabellen zum Beispiel im Mutterpass, U-Heft der Kinder, festgelegte Termine zum Screening, dass die Nachsorge der Mutter durchgeführt wird.

Die S3-Leitlinie Gestationsdiabetes ist aktuell in Überarbeitung, inwiefern sich konkret Änderungen ergeben auch im Hinblick auf eine Insulintherapie, bleibt abzuwarten.

Referenzen:

- [1] Gregory E, Ely D. Trends and Characteristics in Gestational Diabetes; Unites States, 2016–2020. National Vital Statistic Reports, Vol 71, Number 3, July 19, 2022. [Im Internet: www.cdc.gov/nchs/products/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm)
- [2] Reitzle L, Schmidt C, Heidemann C et al. Gestationsdiabetes in Deutschland: Zeitliche Entwicklung von Screeningquote und Prävalenz. J Health Monitoring 2021; doi:10.25646/8324
- [3] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2020. Geburtshilfe: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. [Im Internet: www.iqtiq.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2020_BUAW_V01_2021-08-10.pdf; Stand: 10.8.2021](https://www.iqtiq.org/downloads/auswertung/2020/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2020_BUAW_V01_2021-08-10.pdf)
- [4] Deutsche Diabetes Gesellschaft. Leitlinien und Praxisempfehlungen:
Im Internet: www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/behandlung/leitlinien?tx_wwt3list_recordlist%5Baction%5D=index&tx_wwt3list_recordlist%5Bcontroller%5D=Recordlist&cHash=9036af2efb251dd3a444115f2e0a3b98#filtersSubmitted
- [5] Gestdiab 2020: Auswertung für Gestationsdiabetes. https://www.windiab.de/wp-content/uploads/2022/10/220202_alle-Praxen-GDM-2020.pdf

[6] Vounzoulaki E, Khunti K, Abner S et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; doi: 10.1136/bmj.m1361

[7] Xie W et al. Association of gestational diabetes mellitus with overall and type specific cardiovascular and cerebrovascular diseases: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022;378:e070244

[8] Täufer Cederlöf E, Lundgren M, Lindahl B et al. Pregnancy Complications and Risk of Cardiovascular Disease Later in Life: A Nationwide Cohort Study. *J Am Heart Assoc* 2022; doi: 10.1161/JAHA.121.023079

[9] Linnenkamp U et al. Postpartum screening of women with GDM in specialised practices: Data from 12,991 women in the GestDiab register. *Diabet Med* 2022;39:e14861. 10.1111/dme.14861

STATEMENT

Kalziumüberschuss im Blut – warum eine rechtzeitige Diagnose und Therapie der Hyperkalzämie so wichtig sind

Privatdozent Dr. med. Stephan H. Scharla

Internist und Endokrinologe, Bad Reichenhall

Sprecher der Sektion Knochen- und Mineralstoffwechsel der DGE

Hyperkalzämie bedeutet eine Erhöhung des Calcium-Spiegels im Blut. Normalerweise ist der Calciumspiegel in einem engen Bereich eingestellt, nämlich zwischen 2,1 und 2,6 mmol/l (8,4 und 10,4 mg/dl). Leichte Erhöhungen des Serumcalciums verursachen nicht unbedingt akute Beschwerden, können aber im längerfristigen Verlauf zu Nierensteinen, Bluthochdruck und Gefäßerkrankungen führen. Stärkere Erhöhungen des Blutcalciumspiegels verursachen vermehrten Durst und Harndrang, Flüssigkeitsverlust, Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Verstopfung), Muskelschwäche und Herzrhythmusstörungen.

Die 2 häufigsten Ursachen für Hyperkalzämie sind Krebserkrankungen und die Überfunktion der Nebenschilddrüsen (Hyperparathyreoidismus). Bösartige Erkrankungen steigern das Calcium über die Freisetzung von Calcium aus Knochenmetastasen oder über die Bildung von Substanzen, die hormonell den Knochenabbau steigern. Dazu zählt das PTH-related peptide (Parathormon-ähnliches Peptid), das ähnlich wie Parathormon den Knochenabbau und damit die Calciumfreisetzung aus dem Knochen steigert. Krebserkrankungen als Ursache der Hyperkalzämie findet man vor allem bei Krankenhauspatientinnen und -patienten.

Im ambulanten Bereich wird die Hyperkalzämie oft als Zufallsbefund im Rahmen von Routine-Laboruntersuchungen entdeckt. Hier ist die häufigste Ursache die Überfunktion einer Nebenschilddrüse mit vermehrter Bildung von Parathormon (jährlich 200 Neuerkrankungen/1 Million Einwohner). Der Mensch hat in der Regel 4 Nebenschilddrüsen, die in unmittelbarer Nähe der Schilddrüse lokalisiert sind (daher der Name). Die Überfunktion und überschießende Bildung von Parathormon kann spontan (vermehrt in der 2. Lebenshälfte) oder im Rahmen von familiären genetischen Erkrankungen (multiple endokrine Neoplasie) auftreten. Die Nebenschilddrüsen haben einen Messfühler für Calcium und schütten bei niedrigem Calciumspiegel vermehrt Parathormon aus, welches dann über einen vermehrten Knochenabbau und verminderte Calciumausscheidung über die Niere den Calciumspiegel wieder erhöht. Ein Überschuss an Parathormon führt deshalb zu einer Hyperkalzämie.

Seltenere Ursachen für Hyperkalzämie sind Vitamin-D-Überdosierung (die in letzter Zeit aber zunimmt), Nebenwirkungen anderer Medikamente, rheumatische Erkrankungen und seltene genetische Syndrome.

Hohe gefährliche Calciumspiegel werden akut durch Flüssigkeitszufuhr, Calcitonin und Bisphosphonate, im Falle von Tumorerkrankungen auch durch Cortison therapiert.

Im Verlauf sollte immer versucht werden, die Ursache der Hyperkalzämie zu beseitigen, zum Beispiel durch Behandlung der zugrunde liegenden Tumorerkrankung.

Auch im Falle der Nebenschilddrüsenüberfunktion wird primär eine chirurgische Entfernung der erkrankten, überfunktionellen Nebenschilddrüse empfohlen. Dies gilt auch für sogenannte asymptomatische Patienten, die subjektiv keine Beschwerden haben, um sekundäre Folgeerkrankungen wie Knochenbrüche, Nierenverkalkung und Magengeschwüre zu verhindern.

Ist eine Lokalisation der vergrößerten Nebenschilddrüse durch Ultraschall (gegebenenfalls auch mit Szintigrafie und gegebenenfalls Cholin-PET-CT) gut möglich, kann der Eingriff auch minimalinvasiv erfolgen. Es ist ein Vorteil, wenn schon während der Operation das Parathormon gemessen werden kann, da ein Absinken des Parathormons im Blut dem Chirurgen zeigt, dass er die richtige Struktur entfernt hat.

Allerdings ist es anhand einer neuen Studie mit 10-Jahres -Beobachtung bei Nebenschilddrüsenüberfunktion und geringer Calciumerhöhung auch zu rechtfertigen, diese Patienten lediglich zu beobachten (jährliche Kontrolle von Calciumspiegel, Knochendichte, Nierenfunktion). (Pretorius, 2022. *Annals of Internal Medicine*. doi.org/10.7326/M21-4416).

Ist eine Operation indiziert, aber nicht möglich, kann mit Bisphosphonaten und/oder Cinacalcet behandelt werden.

Krankenhausreform: Diabetes im Fokus von Qualität und Wirtschaftlichkeit

Diabetes mellitus in Deutschland: Fakten, Zahlen, Hintergründe

- ✓ Jeder 5. Klinikpatient hat Diabetes mellitus, das sind ca. 3 Mio. Behandlungen pro Jahr.
- ✓ Menschen mit Diabetes im Krankenhaus haben ein rund 1,5-fach höheres Sterberisiko im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes und müssen länger in Krankenhäusern behandelt werden.
- ✓ Jeder 5. Todesfall in Deutschland ist mit einem Typ-2-Diabetes assoziiert – durch Folge- und Begleiterkrankungen, z. B. Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen.
- ✓ Aktuell sind 8,7 Mio. Menschen an Diabetes erkrankt.
- ✓ Dunkelziffer: mind. 2 Mio. Menschen
- ✓ Jährlich erhalten 500.000 Menschen die Erstdiagnose Diabetes.

Bestehende Strukturdefizite und ihre Folgen

- ! Die Diabetologie als eigenständige Abteilung ist nur noch mit maximal 9 bettenführenden Lehrstühlen an den 38 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland repräsentiert. Eine ausreichende Ausbildung ist somit nicht mehr gewährleistet.
- ! Nur 17 Prozent der Kliniken halten eine ausreichend qualifizierte Diabetesexpertise gemäß DDG Zertifizierung vor. Dadurch wird der Aufenthalt in Krankenhäusern für Diabetespatienten zunehmend gefährlich!
- ! Die Diabetologie ist als „sprechende Medizin“ im Krankenhausfinanzierungssystem (DRG) im Vergleich zu den prozedurenreicheren Disziplinen nicht kostendeckend und verliert dadurch weiter an Attraktivität.

DDG 3-Punkte-Plan zur Krankenhausreform: Qualität vor Wirtschaftlichkeit!

- **Strukturierte Diabetes-Erkennung und -Versorgung in allen Krankenhäusern!**
- **Vulnerable Gruppenschützen!**
Kinder sowie multimorbide ältere Patient*innen mit einem Diabetes brauchen besondere Pflege und zeit-intensive ärztliche Betreuung.
- **Versorgungsqualität muss finanziert werden!**
Krankenhäuser mit Diabetesbehandlungsstrukturen sollten finanzielle Zuschläge erhalten. Einrichtungen ohne diabetologische Expertise finanzielle Abschläge.

Was bedeutet der 3-Punkte-Plan für die Level der Krankenhausstruktur-Reform?

Level I Ergänzend zu ambulanten Versorgungsstrukturen muss zur Notfallversorgung (24/7) ein flächendeckendes stationäres Diabetesmanagement über "Diabeteskonsillarteam" sichergestellt sein. Es können auch niedergelassene Diabetolog*innen über Rufbereitschaft einbezogen werden.

Level II und III Das komplexe Krankheitsbild der verschiedenen Diabetesformen sowie der Begleit- und Folgeerkrankungen erfordert qualifizierte "Diabetes-Units" ⁽¹⁾ für Diagnostik, Schulung und Behandlung sowie die stationäre Vorhaltung moderner Diabetes-Technologien.

Level III Der Bedarf an qualifizierten Diabetolog*innen erfordert – insbesondere vor dem Hintergrund der seit Jahren signifikant steigender Diabetesprävalenz - einen klinischen Lehrstuhl für den Schwerpunkt "Endokrinologie und Diabetologie" mit Direktionsrecht an jeder medizinischen Fakultät in Deutschland.

(1) bestehend aus Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, qualifizierten Pflegenden sowie weiteren Fachdisziplinen wie Psycholog*innen oder Podolog*innen



STATEMENT

Krankenhausreform: was es braucht, damit Menschen mit Diabetes im Krankenhaus sicher und gut versorgt sind

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Stellvertretender Direktor, Department Innere Medizin, Abteilung IV, Universitätsklinikum Tübingen
Vorstandsmitglied und Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG)

Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) eine Krankenhausstrukturreform, die von reiner Ökonomie in der Krankenhausfinanzierung und Fallpauschalen (Diagnosis related groups = DRGs) zu mehr Patientenwohl führen soll. Diabetes mellitus findet im bisherigen System der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) viel zu wenig Berücksichtigung, da „sprechende Medizin“ bei chronischen Erkrankungen deutlich schlechter vergütet wird als technische operative Eingriffe. In den letzten beiden Jahrzehnten hat das dazu geführt, dass zahlreiche bettenführende Abteilungen für Diabetologie und Endokrinologie in Krankenhäusern und Universitätskliniken geschlossen oder verkleinert wurden. Der Reformdruck ist jetzt sehr hoch, da bei den stark steigenden Diabeteszahlen auf erwartete 12 Millionen in den kommenden zehn Jahren, die Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor voraussichtlich überlastet sein wird. In Krankenhäusern hat inzwischen jeder fünfte stationäre Patient über 20 Jahren einen Diabetes. Dies entspricht jährlich etwa drei Millionen Krankenhausbehandlungen mit und wegen Diabetes (1). Hinzu kommt, dass die Betroffenen bereits in jungen Jahren ins Krankenhaus müssen, längere stationäre Aufenthalte und mehr Komplikationen haben als stoffwechselgesunde Mitmenschen – das zeigt eine aktuelle Studie aus deutschen Versorgungsdaten der Jahre 2015 bis 2019 (2). Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 40 und 50 Jahren sind darüber hinaus dreimal mehr von Schlaganfall und Myokardinfarkt betroffen, was wiederum ihr Sterberisiko erhöht (2). Das mangelnde Bewusstsein für Diabetes in Krankenhäusern resultiert aus fehlenden Diabeteskenntnissen. Nur 17 Prozent der Kliniken halten eine ausreichend qualifizierte Diabetesexpertise gemäß DDG Zertifizierung vor, mit sinkender Tendenz. Dies schlägt sich auch im Umgang mit den Diabetespatientinnen und -patienten nieder. Bisher wird bei stationärer Aufnahme nicht flächendeckend und nach einheitlichen Standards auf Diabetes gescreent und behandelt. Dabei zeigen Untersuchungen, dass bis zu 23 Prozent aller Notfälle in Notaufnahmen einen nicht bekannten Diabetes haben. Einer Umfrage zufolge hat fast jeder dritte Mensch mit Diabetes Typ 1 schlechte Erfahrungen in einer nicht Diabetes-zertifizierten Klinik gemacht. Insbesondere Menschen mit Diabetes und Insulinpumpe blieben in über 80 Prozent ohne Ansprechpartner für ihre Technologie (3).

In der geplanten Krankenhausreform ist nun vorgesehen, dass Kliniken zum einen nach 3 unterschiedlichen Stufen („Leveln“) Versorgung anbieten: Level 1 mit einer Basisversorgung, in der

auch sektorenübergreifende Versorgung mit ambulanten Anbietern und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angedacht ist, Level-2-Krankenhäuser sollen eine Mindestanzahl an Fachgebieten und Abteilungen aufweisen, Level-3-Krankenhäuser sollen die Maximalversorgung und die Universitätsmedizin abdecken. Zwischen Bund und Ländern gibt es derzeit noch Diskussion über die Ausgestaltung dieser Änderungen.

Neben dieser Abstufung soll es DRG-unabhängige Vorhaltefinanzierungs-Pauschalen für krankheitsbezogene Leistungsgruppen geben. Diesbezüglich gibt es schon Konsens zwischen Bund und Ländern. Geplant ist, dass nach einer mehrjährigen Übergangsphase 60 Prozent der Betriebskostenfinanzierung über Vorhaltepauschalen und 40 Prozent über diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) erfolgen. Die Kosten für das Pflegebudget sollen über die Vorhaltepauschalen abgedeckt werden. Die Höhe des Vorhaltebudgets soll durch eine bedarfsbezogene Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser erfolgen. Mit den Leistungsgruppen sollen bundeseinheitliche Qualitätsstandards festgelegt werden, die von den Krankenhäusern erfüllt sein müssen, um überhaupt entsprechende Leistungen anbieten und abrechnen zu können. Für die Einführung soll es eine Übergangsphase geben.

Die DDG bringt sich in die Krankenhausplanung wie andere Fachgesellschaften ein und hat über die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), die den Prozess mit koordiniert, wichtige Eckpunkte für die Struktur- und Prozessqualität der Leistungsgruppe Diabetes mellitus definiert, damit die Versorgung von Menschen mit Diabetes in jedem Krankenhaus entsprechend den Anforderungen gesichert ist. Ebenso tritt die DDG dafür ein, dass flächendeckend eine adäquate Diabetesversorgung in Kliniken sichergestellt ist. Da Diabetes-Fachwissen nach Auffassung der DDG in allen Krankenhäusern gebraucht wird, muss das Vorhalten des qualifizierten Fachpersonals finanziell belohnt und das Fehlen durch Abschlüsse sanktioniert werden. Die Leistungen von Diabetesberaterinnen und -beratern sowie Diabetesassistentinnen und -assistenten müssen bei der Berechnung der Pflegeuntergrenzen daher nach Auffassung der DDG in die Kalkulation mit einfließen. Das gilt besonders auch für die stationäre Versorgung von Kindern und älteren Patienten mit Diabetes, da deren Betreuung zeitaufwendig ist.

Die DDG fordert auf Grundlage dieser Erkenntnisse die Schaffung besserer Versorgungsstrukturen an Kliniken und hat einen 3-Punkte-Plan zur Krankenhausreform aufgestellt, der der Pressemappe ebenfalls beiliegt. Hier die 3 Forderungen zusammengefasst, die für die Krankenhausreform erfüllt sein müssen:

1. Strukturierte Diabeteserkennung und -versorgung in allen Krankenhäusern!
2. Vulnerable Gruppen schützen! Kinder sowie multimorbide ältere Patienten mit einem Diabetes brauchen besondere Pflege und zeitintensive ärztliche Betreuung.
3. Versorgungsqualität muss finanziert werden! Krankenhäuser mit Diabetesbehandlungsstrukturen sollten finanzielle Zuschläge erhalten. Einrichtungen ohne diabetologische Expertise finanzielle Abschlüsse.

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 Feb 10; 1-11. doi: 10.1007/s00508-023-02153-z. Online ahead of print.
3. Hess G, Weber D, Kellerer M, Fritsche A, Kaltheuner M. Erfahrungen von Diabetes-Typ-1-Patienten bei stationären Behandlungen – eine Patientenbefragung von winDiab. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2023 in press.

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand November 2022

INHALT

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

Diabetesinzidenz und -prävalenz in Deutschland

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

Diabetes Typ 2:

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

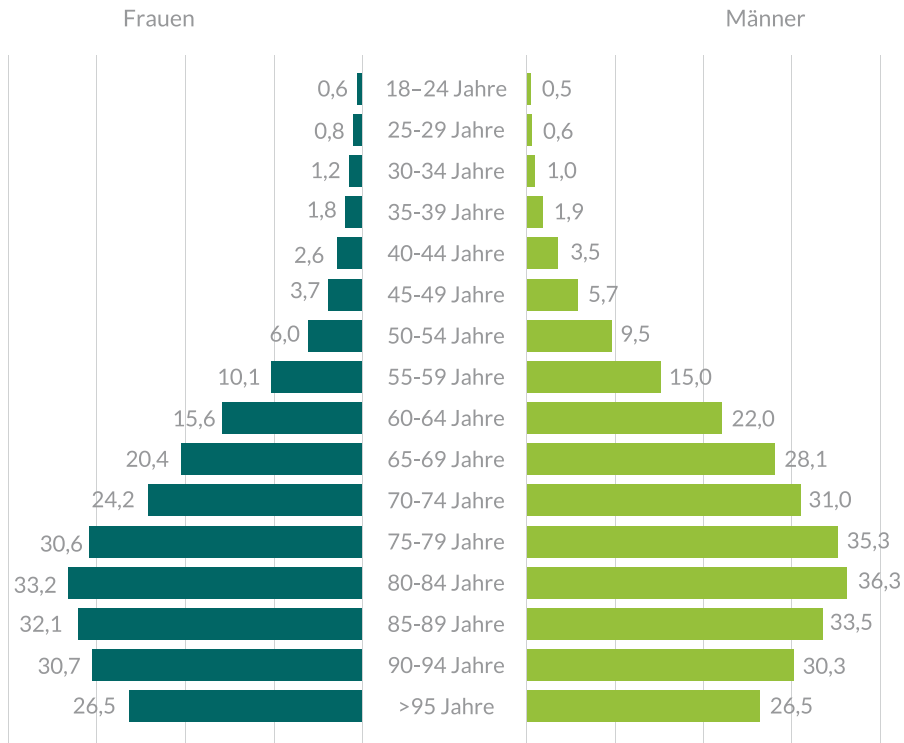
Diabetes Typ 1:

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

Gestationsdiabetes:

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

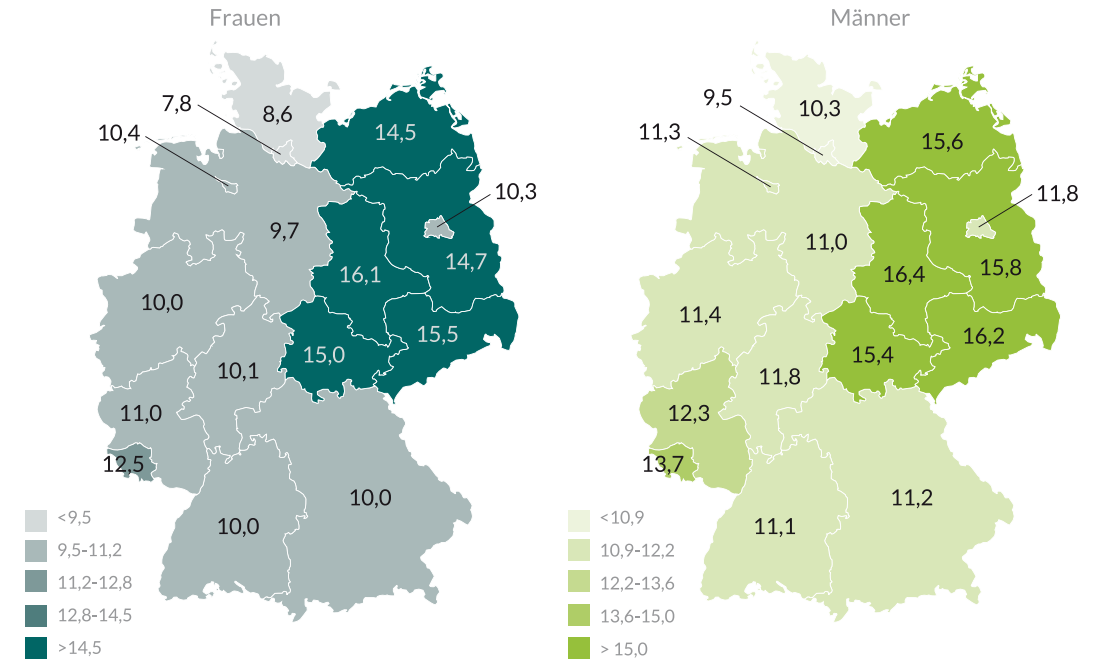
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

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



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

Versorgungssituation in Deutschland

Ein*e Hausarzt*in betreut rund 100 Menschen mit Diabetes. Davon haben zwei bis fünf einen Typ-1-Diabetes.

Bundesweit gibt es rund 1 100 diabetologische Schwerpunktpraxen.

Bis zur ersten Diagnose leben Betroffene etwa vier bis sieben Jahre lang mit einem unentdeckten Diabetes.

Behandelnde

4 266 Diabetolog*innen
5 050 Diabetesberater*innen
8 570 Diabetesassistent*innen
3 520 Wundassistent*innen
300 stationäre Einrichtungen mit einer Anerkennung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes

Zwischen 40 und 50 % der Menschen mit Typ-2-Diabetes erhalten blutzuckersenkende Medikamente, mehr als 1,5 Millionen werden mit Insulin behandelt.

An den derzeit 37 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland ist das Fach Diabetologie nur noch mit acht bettenführenden Lehrstühlen repräsentiert.

Jede*r fünfte Klinikpatient*in hat einen Diabetes – teils unerkannt!

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 / Müller-Wieland et al., Survey to estimate the prevalence of type 2 diabetes mellitus in hospital patients in Germany by systematic HbA1c measurement upon admission. Int. J Clin Pract. 2018 Dec;72(12): e13273
Auzanneau, Fritsche, Icks, Siegel, Kilian, Karges, Lanzinger, Holl, Diabetes in the Hospital—A Nationwide Analysis of all Hospitalized Cases in Germany With and Without Diabetes, 2015–2017. Dtsch Arztebl Int. 2021 Jun 18; 118(24): 407-412

Lebenserwartung mit Diabetes

Etwa **jeder fünfte Todesfall** in Deutschland (16 %) ist mit einem Typ-2-Diabetes assoziiert – durch Folge- und Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen. (1, 2)

- Menschen mit Diabetes haben ein circa **1,5-fach höheres Sterberisiko** im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes. (3)
- Die **Lebenserwartung** eines 40-jährigen Menschen mit Diabetes Typ 2 ist durchschnittlich um etwa **vier (Frauen) bis sechs Jahre (Männer) kürzer** als bei gleichaltrigen Personen ohne Diabeteserkrankung. (4)
- Umgerechnet bedeutet das: Die deutsche Gesamtbevölkerung verliert aufgrund dieser verkürzten Lebenserwartung rund 19 Millionen Lebensjahre.

Quellen:

(1) Jacobs, Rathmann, Epidemiologie des Diabetes, Diabetologie und Stoffwechsel 2017, 12(06): 437-446, DOI: 10.1055/s-0043-120034

(2) Jacobs et al., Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data from 65 Million People in Germany, Diabetes Care, 2017 Dec; 40 (12): 1703-1709

(3) Schmidt et al., 2021. BMJ Open 11 (1): e041508. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041508

(4) Tönnies et al., 2021. Popul Health Metrics. <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00266-z>

Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes

Die **schwersten** Begleiterkrankungen sind:

- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Netzhauterkrankung bis hin zur Erblindung
- diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation
- Nierenschwäche bis hin zur Dialyse

Die **häufigsten** Begleiterkrankungen sind:

- Hypertonie
- Fettstoffwechselerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Polyneuropathie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Pankreasstörungen
- Herzerkrankungen
- Adipositas
- Gefäßerkrankungen

Bis zu 25 % der Menschen, die einen Schlaganfall erleiden, sind gleichzeitig von Diabetes betroffen!

Adipositas – ein Risikofaktor von Diabetes Typ 2

Rund zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig. Ein Viertel der Erwachsenen (23 % der Männer und 24 % der Frauen) ist stark übergewichtig (adipös).

Zwischen 2010 und 2016 ist der Anteil der Erwachsenen mit Adipositas in den OECD-Ländern von 21 auf 24 % gestiegen – das entspricht einem **Zuwachs von 50 Millionen**.

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

Deutschland gibt zusammen mit den Niederlanden und den USA am meisten für die Behandlung der Folgen von Adipositas aus.

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

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

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

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

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

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023

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

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

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

1;174(2):e194498

Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes

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

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

Abrechnungsdaten der GKV

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

IDF - International Diabetes Foundation

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

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

Quellen:

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023

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

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 10 000 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärzt*innen in Klinik und Praxis, Grundlagenforschende, Psycholog*innen, Apotheker*innen, Diabetesfachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Expert*innen. Ziel aller Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen.

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören:

- Fort- und Weiterbildung von Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, Diabetesassistent*innen, Diabetespflegefachkräften, Wundassistent*innen und Fachpsycholog*innen
- Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- Entwicklung von medizinischen Leitlinien, Praxisempfehlungen und Patientenleitlinien sowie Definition des medizinischen Standards in der Diabetologie
- Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- Information und wissenschaftlicher Austausch über neueste Erkenntnisse, unter anderem auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jedes Jahres
- Unterstützung der Nachwuchssicherung in diabetesbezogenen Berufen

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Gesundheitspolitisches Engagement:

Die DDG steht im regelmäßigen persönlichen Austausch mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages, dem Bundesgesundheitsministerium, den Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Außerdem beteiligt sich die Fachgesellschaft an der gesundheitspolitischen Meinungsbildung durch die Herausgabe von Stellungnahmen und eine aktive Medienarbeit.

Interne Organisation:

In 35 Gremien (Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften) werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärzt*innen die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise den zu Behandelnden zugutekommen lassen.

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle DDG

Michaela Richter

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

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

richter@medizinkommunikation.org



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 achten Mal schreibt die DGE einen **Medienpreis** für journalistische Beiträge zu Erkrankungen des Hormonsystems und Störungen des Stoffwechsels aus. Der Wettbewerb richtet sich an Journalisten und Journalistinnen, die für Zeitungen oder Zeitschriften (Print oder Internet), Hörfunk oder Fernsehen arbeiten. Berücksichtigt werden Beiträge, die **zwischen dem 1. Februar 2023 und dem 31. Januar 2024** publiziert werden. Die **Preisvergabe** erfolgt auf dem **67. Kongress für Endokrinologie** (6.03. bis 8.03.2024 in Rostock).

Vom **23. bis 30. September 2023** veranstaltet die DGE die **8. Deutsche Hormonwoche**. In zahlreichen endokrinologischen Einrichtungen wird es in dieser Woche Informationsveranstaltungen für Patienten und Angehörige geben. Zum **Auftakt der Hormonwoche** findet am **20. September 2023 eine Pressekonferenz statt**.

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
Prof. Dr. med. Stephan Petersenn, Pressesprecher
Dr. Adelheid Liebendörfer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: liebendoerfer@medizinkommunikation.org



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2023/2024

Zum achten 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 2024. 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 2023 und dem 31. Januar 2024** 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 **67. Kongress für Endokrinologie** am 6.03. bis 8.03.2024 in Rostock.

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@medizinkommunikation.org

www.endokrinologie.net

P R E S S E M I T T E I L U N G

10 Jahre DDG Medienpreis – 10 gute Gründe für Ihre Bewerbung

März – Aufmerksamkeit für die Volkskrankheit Diabetes schaffen, einen Beitrag zu aufklärerischem Medizinjournalismus leisten, sich mit einem hochwertigen Preis einen Namen in der Journalismus-Branche machen – das sind nur drei von zehn guten Gründen für eine Bewerbung für die Medienpreise der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum können sich noch bis 31. Juli 2023 mit herausragenden Berichten in den Kategorien „Lesen“, „Hören“ und „Sehen“ bewerben. Die Preise sind jeweils mit 2 000 Euro dotiert und werden auf der Diabetes Herbsttagung verliehen, die vom 17. bis zum 18. November 2023 in Leipzig stattfindet.

Unter dem Motto: „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention“ ruft die Fachgesellschaft in diesem Jahr zu einer besonders offenen Ausschreibung auf. „Diabetes ist eine sehr vielseitige Erkrankung – so vielfältig, wie die Menschen, die damit leben oder ihn behandeln. Dem möchten wir mit der diesjährigen Ausschreibung in besonderem Maße gerecht werden“, betont DDG-Mediensprecher Professor Dr. Baptist Gallwitz. Die DDG schreibt ihre Medienpreise in diesem Jahr bereits zum zehnten Mal aus – passend zu diesem Jubiläum nennt die Fachgesellschaft zehn gute Gründe für Ihre Bewerbung:

- 1. Qualitativ hochwertiger Journalismus ist gerade in Krisenzeiten** wie während des Ukraine-Krieges und der Coronapandemie **gefragter denn je** – leisten Sie mit einer Bewerbung für die DDG-Medienpreise 2023 einen Beitrag dazu!
- 2. Diabetes ist in Deutschland eine Volkskrankheit**, mindestens 8,5 Millionen Menschen sind hierzulande betroffen – tragen Sie mit Ihrem Beitrag zu einer fundierten Aufklärung bei.
- 3. Eine Auszeichnung mit dem DDG-Medienpreis würdigt Ihre medizinjournalistische Arbeit in besonderem Maße**, denn die DDG ist eine der größten deutschen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften – und der Preis verhilft Ihnen als Journalistin/Journalist zu einer besonderen Bekanntheit in der Branche.
- 4. Das Motto „Diabetes von allen Seiten: Leben. Behandlung. Forschung. Prävention“ ist so offen wie nie** – Sie haben also mit sehr vielseitigen Beiträgen und Themen gute Erfolgchancen.
- 5. Die innovativen Kategorien „Lesen“, „Hören“ und „Sehen“ schaffen mehr Raum** für Einreichungen von modernen Formaten wie Videos und Podcasts – nutzen Sie dieses Potenzial!
- 6. Als Preisträgerinnen und Preisträger können Sie Ihre journalistische Arbeit während der Diabetes Herbsttagung in einem sehr feierlichen Rahmen** präsentieren – und **Kurzvideos über Ihre Beiträge** schaffen eine besondere Plattform für Ihre Medienbotschaft. Mit jeweils **2 000 Euro pro Preis** sind die Auszeichnungen hochdotiert– nutzen Sie diese Erfolgchance für sich!
- 7. Ihr Beitrag aus der Themenwelt „Leben“ kann wertvolle Aufklärung für viele Menschen mit Diabetes bedeuten**, die in ihrem Arbeitsalltag, in der Schule oder in der Kita vor besonderen Herausforderungen stehen – unterstützen Sie diese mit Ihrer Einreichung!

8. Im Komplex „Behandlung“ haben zum Beispiel Beiträge Platz, **die erfolgreiche Behandlungskonzepte – etwa mit digitalen Tools – aus dem klinischen Alltag** zeigen. **Machen Sie diese mit Ihrem Beitrag bekannt** und tragen Sie zu einer größeren Verbreitung moderner Behandlungsformen bei!
9. Informieren Sie mit einer Einreichung zum Thema „Forschung“ über **innovative Erkenntnisse aus der Diabetesforschung** – und setzen Sie ein Zeichen für die Wissenschaft!
10. Jährlich erhalten mehr als 500.000 Erwachsene in Deutschland die Erstdiagnose Diabetes. Viele Menschen wissen, dass sie dieser Erkrankung mit mehr Bewegung und einer gesünderen Ernährung vorbeugen können. Tragen Sie mit einer Einreichung im **Themenkomplex „Prävention“** dazu bei, dass diesen Menschen geholfen wird.

Nutzen Sie Ihre Chance für eine Bewerbung jetzt und reichen Sie Ihren Beitrag bis zum 31. Juli 2023 ein.

Weitere Informationen:

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/pressebereich/medienpreis>

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle DDG
Friederike Gehlenborg
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167
gehlenborg@medizinkommunikation.org