



In meinem Geburtsjahr starben weltweit ebenso viele Menschen an Diabetes wie an HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria zusammen.

Ich bin eines von 680 000 Babys, die 2011 in Deutschland zur Welt gekommen sind und weiß schon eine ganze Menge über mich.

Hallo, mein Name ist Ben.

Geschäftsbericht 2011

Meine Lebenserwartung beträgt 78 Jahre. Vermutlich werde ich mit 33 Jahren heiraten und ein Kind haben.

Wenn ich erwachsen bin, werden in meiner Bauchspeicheldrüse etwa eine Millionen Langerhans-Inseln sein, um meinen Blutzucker zu registrieren und Insulin zu produzieren.



Deutsche Diabetes Gesellschaft

Inhalt

Editorial	3
Strategien für die Zukunft	4
Wie können wir unsere Ziele gemeinsam besser erreichen?	8
Wir bilden Profis aus	10
Zertifizierungen DDG	12
Dosisanpassung zwischen Beachvolleyball und Kneippkur	14
Leitlinien für Klinik und Praxis	16
Ehrungen und Preise 2012	18
Erfolgreiche Kongresse	22
Neue Erkenntnisse über die Entstehung des Typ-1-Diabetes	24
Diabetes – Weltweite Pandemie	26
Gesundheitliche Präventionspolitik – Fehlzanzeige	28
Medial sichtbar	30
Unterwegs im Stoffwechsel-Universum	32
Ein Arzt für den Kiez	33
Verbreitung des Typ-2-Diabetes in Deutschland	34
DDG Stellungnahmen 2011	36
diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe	38
Geschäftszahlen	40
Vorstand und Geschäftsführung	44
Gremien	45
Impressum	47

2011 auf einen Blick

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) gehört mit über 8000 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine flächendeckend wirksame Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der Millionen von Menschen in Deutschland betroffen sind.

- 6457 Fachleute besuchen die DDG Frühjahrstagung, 3960 die Herbsttagung
- 140 Ärzte erhalten die Anerkennung „Diabetologe DDG“
- Insgesamt gibt es 3876 „Diabetologen DDG“ – davon zwei Drittel in Kliniken und ein Drittel in niedergelassener Praxis
- 109 Diabetesberaterinnen, 258 Diabetesassistentinnen und 247 Wundassistentinnen werden weitergebildet
- 145 Einrichtungen erhalten die „Basisanerkennung DDG“ – davon 42 Erstanträge. Insgesamt sind es 331
- 37 Einrichtungen erhalten die Anerkennung als „Diabetologikum DDG mit diabetes-spezifischem Qualitätsmanagement“ – davon fünf Erstanträge. Insgesamt sind es 97
- 162 „Fußbehandlungseinrichtungen DDG“ werden zertifiziert, von insgesamt 333
- 3 evidenzbasierte S3-Leitlinien erscheinen
- 12 Stellungnahmen und 40 Pressemeldungen zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen werden veröffentlicht
- 12 Wissenschaftler wurden von der DDG ausgezeichnet, 28 Projektförderungen werden vergeben mit einer Summe von 293.600 Euro

Editorial

Liebe Mitglieder,
liebe Leserin, lieber Leser,

2011 war ein besonderes Jahr für die Menschen mit Diabetes – auch wenn es in der bundesdeutschen Öffentlichkeit kaum wahrgenommen wurde. Am 19. und 20. September fand in New York der erste UN-Gipfel zu den nicht übertragbaren Krankheiten statt. Ein Novum. Denn bislang waren es nur Infektionskrankheiten, die der Weltgemeinschaft so brisant erschienen, dass man sie gemeinsam auf großer Bühne beleuchten musste. Jetzt gelangten – lange überfällig – Krankheiten wie Diabetes, Krebs oder Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen auf die Agenda.

International hat man erkannt, dass es bei diesen Krankheiten fünf vor zwölf ist. Chronische Leiden verursachen heute schon weltweit mehr als 60 Prozent aller Todesfälle, in Europa sind es sogar 86 Prozent: eine Epidemie, die jede Infektionskrankheit längst überholt hat.

Als die DDG 1964 gegründet wurde, lag die Zahl der Menschen mit Diabetes hierzulande gerade mal bei über einem Prozent. Heute sind es mehr als sechs Millionen – jedes Jahr kommen Hunderttausende dazu. Die in der Diabetologie tätigen Berufsgruppen wissen nur zu gut, woran das liegt: Der ungesunde Lebensstil mit Fehlernährung und mangelnder Bewegung lässt die Zahl der Übergewichtigen rasant ansteigen – und damit auch das Risiko an Diabetes Typ 2 zu erkranken. Gleichzeitig diagnostizieren wir immer mehr Menschen mit Diabetes Typ 1. Ein Phänomen, das wir uns bislang nur in Ansätzen erklären können.

Diese Zahlen und die Erfahrungen in der Praxis können manchmal ratlos machen: Es gibt noch viele wissenschaftliche Fragen, die nicht beantwortet sind. Und bei unseren Patienten erleben wir immer wieder, wie schwierig es ist, einen einmal geprägten Lebensstil zu verändern. Wenn es um Primär-Prävention geht, kommen wir meistens zu spät. Denn unsere Patienten sind schon krank, oft zeigt sich ein multiples Krankheitsbild. Das ließe sich ändern, geht aber weit über

das engere Gesundheitssystem hinaus. Notwendig wäre, junge Menschen schon im Kindergarten und in der Schule täglich die Freude an ausreichender Bewegung und gesundem Essen erleben zu lassen. Diese wichtige Aufgabe ist eine gesamtgesellschaftliche, bei der sich ohne die Politik nichts bewegen wird. Und die Politik – sie bewegt sich bisher noch nicht.

Auf diese grundlegenden „Wahrheiten“ der Gesundheitspolitik werden wir immer wieder aufmerksam machen. Wir brauchen dringend effektive Präventionsmaßnahmen, die bereits bei den Kindern ansetzen. Darüber hinaus fehlt es in Deutschland an einem Diabetesregister, wie man es bei Krebserkrankungen schon lange kennt, als auch an qualifizierter Versorgungsfor-

schung. Das sind umfangreiche Aufgaben, die sich nur in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext angehen und mit der Politik umsetzen lassen. Unsere Aufgabe als Experten ist es, dabei zu informieren, aufzuklären, kritisch zu kommentieren – aber auch die Gesellschaft und die Politik wachzurütteln und mit den alarmierenden Fakten zu konfrontieren. Genau das ist die Intention dieses Geschäftsberichts, um die von der UN beschlossenen Ziele auch in Deutschland zu erreichen.

In der Hoffnung, dass die Lektüre dieses Berichts Ihr Interesse findet, verbleiben wir mit herzlichen Grüßen Ihre

„Es muss verhindert werden, dass weiterhin so viele Menschen an Diabetes erkranken.“



Prof. Dr. Stephan Matthaai



Dr. Dietrich Garlichs

Strategien für die Zukunft

Nur wer weiß, wo er hin will, kann entscheiden, welches der richtige Weg ist. Das gilt auch für Fachgesellschaften. Der Auftrag der DDG ist durch die Satzung festgelegt. Trotzdem ist es von Zeit zu Zeit notwendig zu hinterfragen, was das heute für die Diabetologie bedeutet. Mit Zielen, Strategien und Projekten hat sich deshalb eine siebenköpfige Strategiegruppe des DDG-Vorstands beschäftigt.

Forschungsförderung, wissenschaftliches Engagement, optimale Vorbeugung und Versorgung der Patienten und der dafür notwendige Wissenstransfer sind zentrale Vorhaben der Gesellschaft. Wie deren Umsetzung am besten gelingen kann, hat die Strategiegruppe um DDG Präsidenten Prof. Stephan Matthaei anhand von zehn „strategischen Achsen“ beleuchtet. Zu diesen Achsen zählen Themenfelder wie Wissenschaft, Fortbildung, Prävention und Versorgung ebenso wie die Nachwuchsförderung. Die Strategiegruppe hat sich aber auch die inneren Strukturen der Fachgesellschaft, ihre Finanzen, die Möglichkeiten der Mitgliederwerbung oder der Außendarstellung näher angesehen. Für jede dieser „strategischen Achsen“ wurde überlegt, wo man heute steht, welches Ziel angepeilt wird, welches Ergebnis herauskommen soll und mit welchen Projekten dieses Ergebnis am besten zu erreichen ist.

Profilierung der DDG



Deutsche Diabetes Gesellschaft

Die DDG ist eine starke Marke. Das sollte für Mitglieder und Öffentlichkeit stärker sichtbar gemacht werden. Das unverwechselbare DDG Orange wird wieder

prominent eingesetzt. Im Zuge der Markenschärfung hat auch das traditionelle „Apfelscheiben“-Logo eine Modernisierung erfahren und ist mittlerweile auf allen Kommunikationsmedien in einer abgestuften Grauschattierung mit Nennung des kompletten Organisationsnamens platziert.

Profilierung der Kongresse

Ziel ist es, die beiden DDG Kongresse im Frühjahr und Herbst stärker voneinander abzugrenzen und jeden

für sich als Marke zu etablieren. Der Jahreskongress der DDG ist und bleibt der Frühjahrskongress. Um dies deutlich zu machen, findet dieser 2012 erstmals unter der Marke „Diabetes Kongress“ statt. Die Herbsttagung behält den saisonalen Zusatz, bekommt jedoch auch als eindeutige Aussage die Indikation hinzugefügt und firmiert 2012 erstmals als „Diabetes Herbsttagung“.



Der Diabetes Kongress im Frühjahr wird ab 2014 ständig in Berlin stattfinden, um seinen Charakter als „Hauptstadt Kongress“ und wichtigste Zusammenkunft aller Diabetes-Experten des deutschsprachigen Raums auszubauen. Die Diabetes Herbsttagung wird ab 2014 zwischen verschiedenen Städten rotieren und als Abschluss jeweils am Sonntag den Weltdiabetestag als Patiententag haben.

Wissenschaft

Eines der Ziele lautet, die wissenschaftliche Diabetologie stärker in die Arbeit der DDG einzubinden. Mit der Umsetzung ging es in diesem Fall sogleich los: DDG-Präsident Prof. Matthaei hat alle Lehrstuhlinhaber im Rahmen des Diabetes Kongresses 2012 zu einem Treffen eingeladen. Über ihre Aktivitäten soll im Gesellschaftsorgan „DDG Informationen“ regelmäßig berichtet werden; außerdem geht es darum, deren Themen stärker über die DDG Pressestelle in die Öffentlichkeit zu bringen.

Ein Beirat soll außerdem sicherstellen, die Wissenschaftlichkeit des Diabetes Kongresses weiter zu stärken.

Mit den Universitäten eng verbunden ist auch das Themenfeld „Nachwuchsgewinnung“ – ein strategisch besonders bedeutendes Thema für die Zukunft des gesamten Faches. Hier soll es an jedem Lehrstuhl einen Beauftragten geben, der sich um die diabetologische Weiterbildung der Studenten und der Ärzte im Praktischen Jahr kümmert.

DDG interaktiv

Wer eine Information zu einer neuen Leitlinie sucht, geht als erstes ins Internet. Wer sich über den nächsten Kongress in seinem Fach informieren möchte, recherchiert über Google. Wer mit der DDG Geschäftsstelle Kontakt aufnehmen möchte, klickt sich auf deren Homepage: Das Internet ist heute das Drehkreuz, über das ein Großteil der Informationen ausgetauscht wird.

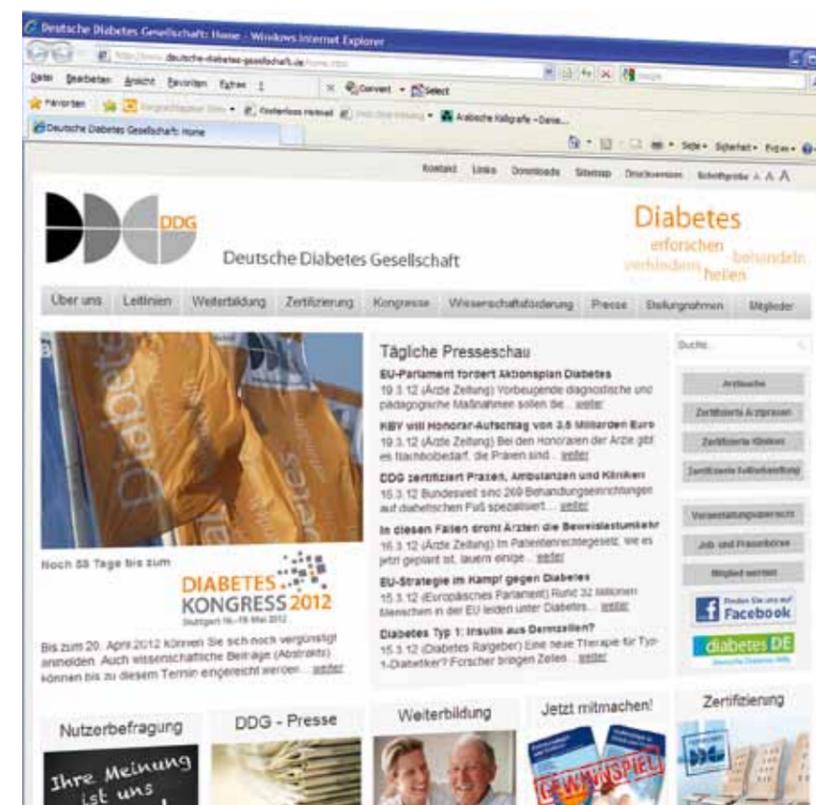
Diese Möglichkeiten nutzt auch die DDG, die ihre Webseite gerade konzeptionell und gestalterisch überarbeitet hat. Seit März 2012 findet jeder unter www.ddg.info die neue Seite, die den Besucher mit aktuellsten Nachrichten aus der DDG, aber auch interessanten Informationen aus Wissenschaft und Gesundheitspolitik in Form einer „Täglichen Presseschau“ begrüßt. Von dort aus verzweigt sich das umfangreiche Informationsangebot. Von Anfang an war es der Geschäftsstelle wichtig, die Benutzerführung zu verbessern und den Zugang zum Gesamtangebot möglichst intuitiv zu erschließen. „Die bisherige DDG Seite hat schon sehr viel an Informationen geboten, aber vieles war nur über mühsames Suchen und Herumklicken auffindbar“, kommentiert Diana Rahn, Marketing-Trainee aus der Geschäftsstelle.

Internet-Seite für alle

Auf welche Inhalte es den Nutzern der Seite besonders ankommt, zeigen die Statistiken der letzten Jahre eindrucksvoll: Das Ranking wird mit weitem Abstand von den Klicks auf die Leitlinien der DDG angeführt. Das zeigt, wie wichtig die DDG Aktivitäten in diesem Bereich sind und welche Relevanz diese Leitlinien-Empfehlungen heute für Ärzte in Klinik und Praxis haben.

Ebenfalls ganz oben in der Nutzungsstatistik steht die Diabetologen-Suche. Diese wird sicherlich überwiegend von Patienten genutzt. Auch sie sind Zielgruppe der DDG Seite und erwarten dort Informationen und Angebote. „Für viele Patienten ist die DDG erste Anlaufstelle, wenn es um Expertenrat geht“, ist sich Geschäftsführer Dietrich Garlichs sicher. „Darauf müssen wir uns mit der Internet-Seite einstellen.“

Die Attraktivität der Seite ist das eine – ebenso wichtig ist die Vernetzung der DDG innerhalb des Internets. Auch hier ist die Fachgesellschaft aktiv. Auf Facebook „postet“ sie mehrmals in der Woche interessante Nachrichten, gibt Lesetipps oder regt Diskussionen an. Viele der „posts“ verweisen dann wiederum auf die DDG Internetseite. Auch alle DDG Mitglieder können dort mitdiskutieren und Nachrichten hinterlassen. Je mehr desto besser.



1 000 Besucher jeden Tag –
Schauen auch Sie vorbei unter:
www.ddg.info
www.facebook.com/DDG.Fanpage

Mitgliederzahl wächst kontinuierlich

Mit über 8000 Mitgliedern gehört die Deutsche Diabetes Gesellschaft zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Europa. Ende des Jahres 2011 waren exakt 8418 Menschen als DDG Mitglied eingetragen – davon 6646 ordentliche und 1772 assoziierte Mitglieder, die überwiegend aus der Gruppe der diabetologischen Assistenzberufe kommen.

Damit setzt sich der Wachstumstrend der DDG seit ihrer Gründung 1964 kontinuierlich fort. Während es in den ersten drei Jahrzehnten kleine zweistellige Wachstumsraten waren, die die Gesellschaft bis 1990 knapp an die 1000er-Grenze heranführten, gab es in den 90er Jahren einen sprunghaften Anstieg: Jedes Jahr kamen von nun an mehrere 100 Mitglieder dazu. Diese Entwicklung ist sicherlich auf die Deutsche Einheit zurückzuführen – sie brachte in der Diabetologie Ost und West zusammen. Doch auch im vergangenen Jahrzehnt ist die Gesellschaft kontinuierlich gewachsen – wenngleich nicht mehr so stark.

Stabile Mitgliedsbasis

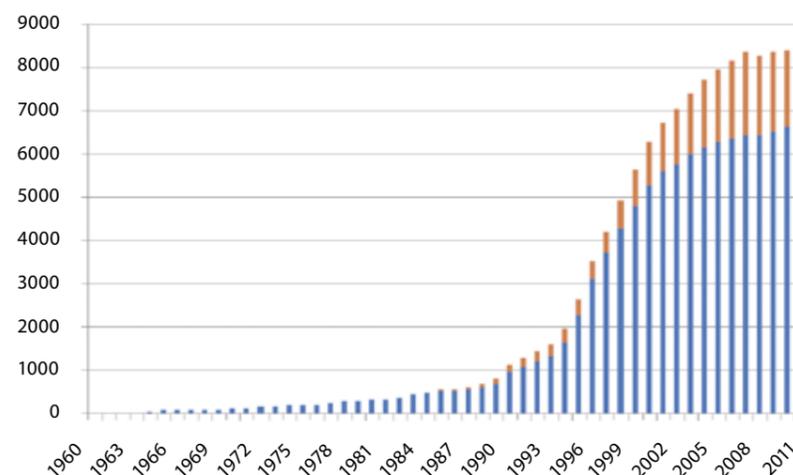
Schaut man sich die heutigen Mitgliederstatistiken genau an, zeigt sich: Die DDG ist eine junge Gesellschaft! Und: Wer Mitglied ist, bleibt ihr lange treu. Jedes sechste Mitglied der DDG ist in den letzten

fünf Jahren neu dazugekommen. Es ist davon auszugehen, dass dies insbesondere junge Menschen sind, die sich in der Diabetologie gerade spezialisiert haben oder spezialisieren wollen. Aber auch die Mitglieder-treue ist ausgeprägt: Rund zwei Drittel aller Mitglieder sind länger als zehn Jahre in der DDG. Das spricht für die Qualität des Austauschs und der Leistungen, die die DDG ihren Mitgliedern bietet.

Ein weiterer interessanter Aspekt für die Struktur der Gesellschaft ist die Geschlechterverteilung: Bei den ordentlichen Mitgliedern beträgt der Frauenanteil in der DDG gut ein Drittel – mehr als in vielen anderen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften. Bei den assoziierten Mitgliedern sind sogar 90 Prozent der Mitglieder Frauen. Im Vergleich dazu ist der Anteil der Ärztinnen bei den ordentlichen Mitgliedern sicherlich noch ausbaufähig.

Seit einigen Monaten ist die Geschäftsstelle verstärkt in der Mitgliederwerbung aktiv. Unter anderem auf den DDG-eigenen Kongressen spricht sie gezielt Nicht-Mitglieder an. Doch vor der Mitgliederwerbung steht noch eine andere große Aufgabe, die für das gesamte Fach entscheidend ist: die Nachwuchsförderung. Auch hier sind zahlreiche Maßnahmen von Vorstand und Geschäftsstelle geplant. Denn eins ist klar: Es muss der DDG gelingen, junge Menschen frühzeitig für das Fach zu begeistern, um auch in Zukunft eine ausreichende Zahl von Experten zur Behandlung der wachsenden Gruppe von Menschen mit Diabetes zu sichern.

Entwicklung der Mitgliederzahl (ordentliche und assoziierte Mitglieder)



DDG-Geschäftsstelle: Michael Stoye, Klaus Jannaschk, Martina Wallmeier, Diana Rahn, Tatjana Schwarz, Susa Schmidt-Kubeneck, Dietrich Garlichs

Professionalisierung der Geschäftsstelle

Es ging turbulent los: Zunächst galt es, den Umzug von Bochum nach Berlin zu koordinieren, neue Mitarbeiter zu suchen und zu finden, diese einzuarbeiten – und das alles, während der „normale“ Geschäftsbetrieb weiterlief. Doch es hat geklappt. Schon bald war das Team eingespielt und das konnte auch gar nicht anders sein: Täglich kommen Anrufe von Mitgliedern, Anfragen von Patienten, Anträge für Zertifizierungen, Anmeldungen für Weiterbildungskurse. Telefon und E-Mail sind für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle die wichtigsten Kommunikationsinstrumente: „Manchmal klingelt das Telefon pausenlos“, erzählt Martina Wallmeier, die in der Geschäftsstelle Ansprechpartnerin für die Ausbildung zum Diabetologen DDG ist und freut sich darüber: „Denn es zeigt, dass die DDG eine lebendige Gesellschaft ist.“

Service wird groß geschrieben

Die meisten Anrufe kommen von Mitgliedern. Sie haben viele unterschiedliche Fragen. Das Spektrum an Themen ist breit. Deswegen müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle auch einen guten Überblick über alle Aktivitäten in der Gesellschaft haben. Das ist manchmal gar nicht so einfach – denn die DDG ist eine große Organisation, in der Kommissionen, Ausschüsse und Arbeitsgemeinschaften zum Teil sehr eigenständig tätig sind. „Umso wichtiger ist es, dass wir möglichst eng mit den ein-

zelnen Einheiten vernetzt sind und ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfindet“, erzählt Susa Schmidt-Kubeneck, die sich um Interessenten für die Weiterbildung zum Diabetesberater, Diabetesassistenten und Wundassistenten kümmert. Sie hat wie ihre Geschäftsstellen-Kollegen den Anspruch, bei Anrufen kompetent und zuverlässig Auskunft geben zu können. „Wir sind die zentrale Anlaufstelle für unsere Mitglieder und viele andere Interessierte. Da ist Freundlichkeit und Professionalität ein absolutes Muss“.

Beratung und Kommunikation ist das eine. Daneben müssen viele administrative Tätigkeiten im Alltag erbracht werden. Nur wenn das „Backoffice“ Geschäftsstelle reibungslos funktioniert und ausreichend Unterstützung anbieten kann, können Vorstand und Gesellschaft wirkungsvoll arbeiten. Dazu gehört eine verlässliche Mitgliederverwaltung ebenso wie das zeitnahe Bearbeiten von Zertifizierungsanträgen, ein transparentes Finanzcontrolling, die Unterstützung der Ausschüsse, ein effektives Marketing und der erste Geschäftsbericht in der Geschichte der Gesellschaft. Das ist die solide Basis, um die sich die Geschäftsstelle Tag für Tag kümmert. Größere Projekte sind dabei noch gar nicht berücksichtigt. Auch die gab und wird es immer geben. 2011 fiel für viele der Startschuss. Die Umstellung der Mitgliederverwaltung, der Relaunch der Webseite, Marketingmaßnahmen für die Weiterbildungs- und Zertifizierungsangebote der DDG und eine neue Datenbank sind nur einige davon.

Wie können wir unsere Ziele gemeinsam besser erreichen? —

Herr Professor Matthaei, Sie sind Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft, welche Ziele und Aufgaben stehen an? Welche Schwerpunkte setzt der Vorstand für die Arbeit der DDG in der Zukunft?

Matthaei: Die anstehenden Aufgaben zur Fortentwicklung unserer Fachgesellschaft, die wir im Rahmen einer Strategiediskussion im Vorstand während der letzten Monate formuliert haben, betreffen ganz unterschiedliche Themenfelder: Wissenschaft, Fortbildung, Zertifizierung, Nachwuchsförderung, Versorgung und Prävention, um nur einige der Entwicklungsachsen zu nennen. Lassen Sie mich einige Beispiele beschreiben. Ein wesentliches Ziel wird es zukünftig sein, die Zahl DDG-zertifizierter Einrichtungen zu erhöhen, damit mehr Patienten in solchen Zentren behandelt werden. Darüber hinaus gilt es aber auch, für klinische Versorgungsangebote eine Zertifizierungsmöglichkeit anzubieten, die bisher noch keinerlei diabetische Grundversorgung vorgehalten haben. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wird zurzeit gemeinsam mit dem Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) ein Zertifizierungskonzept für Kliniken erarbeitet, das eine Optimierung der Behandlung von Patienten mit der Nebendiagnose Typ-2-Diabetes mellitus zum Ziel hat.

Auch im ambulanten Bereich gilt es, die Versorgungsstrukturen weiter zu optimieren. Vor dem Hintergrund, dass etwa 90 Prozent der Patienten mit Typ-2-Diabetes hausärztlich betreut werden, müssen hier Strukturen entwickelt werden, die gewährleisten, dass die Menschen mit Diabetes ihre Therapieziele erreichen und langfristig halten können.

Eine weitere wesentliche Entwicklungsachse ist die Stärkung der wissenschaftlichen Diabetologie in Deutschland. Hierbei werden wir in enger Kooperation mit unseren Vertretern der universitären Diabetologie sowie unseren Wissenschaftsschwerpunkt-Standorten gemeinsam über Strategien nachdenken, wie die wissenschaftlich-universitäre Diabetologie in Deutschland gestärkt werden kann. In diesem Kontext kommt auch der Nachwuchsförderung eine wesentliche Bedeutung zu, die primär an den Universitäten in einer frühen Phase der medizinischen Ausbildung initiiert werden sollte.

Diabetes ist ein komplexes Krankheitsbild. Die Diabetologie ist ein sehr dynamisches Fach. Wie gelingt es, neueste Erkenntnisse aus der Forschung in den Alltag von Klinik und Praxis zu überführen?

Matthaei: Ein wichtiges Instrument sind die jedes Jahr stattfindenden Kongresse der DDG: Im Frühjahr die Jahrestagung unserer Fachgesellschaft, im Herbst die Herbsttagung der DDG. Bei den Kongressen treffen Wissenschaftler mit Ärzten aus Klinik und Praxis zusammen, um sich auszutauschen und zu einer gemeinsamen Einschätzung bei neuen Studien o. ä. zu kommen. Wenn Sie sich beispielsweise das Programm des Kongresses 2012 ansehen, finden Sie viele Veranstaltungen, die vor allem diesen „Transfer“ zwischen Forschung und praktischem Alltag im Blick haben.

Ein anderer wichtiger Ort des Wissenstransfers sind die Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften der DDG. In all diesen Gremien werden die neuesten Entwicklungen in der Diabetologie diskutiert. Denken Sie nur an den Pharmakotherapie-Ausschuss, der therapeutische Erkenntnisse immer aktuell bewertet und daraus Handlungsempfehlungen für den Alltag ableitet.

Einen dritten sehr wichtigen Baustein des Wissenstransfers bilden die Leitlinien, an deren Entwicklung die DDG intensiv arbeitet. Sie definieren für Ärzte in Klinik und Praxis den Hand-

lungskorridor für eine anzustrebende Behandlung. Alle unsere Leitlinien sind praxisorientiert und werden viel genutzt. Das zeigt sich nicht zuletzt an der Abrufstatistik auf unserer Internet-Seite.

Warum ist Forschung für die erfolgreiche Diabetes-Behandlung so wichtig?

Matthaei: Forschung ist die Basis des Fortschritts in der Medizin. Wir wissen schon sehr viel über die Entstehung der verschiedenen Diabetes-Formen, aber wir wissen noch lange nicht alles. Das ist aber essentiell, um die Krankheit immer besser vorbeugen und behandeln zu können. Wenn wir die Prävention, die Früherkennung und die Therapie für unsere Patienten verbessern wollen, brauchen wir die Forschung. Es ist ein wesentlicher Auftrag der DDG, die dafür nötigen Rah-

menbedingungen zu schaffen. Vor allem ist es wichtig, dass die Politik, dass große Forschungseinrichtungen wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), aber auch die Industrie in die Diabetesforschung investieren. Auch Entwicklungen wie das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierte „Deutsche Zentrum für Diabetesforschung“ (DZD) sind dafür exzellente Beispiele.

Die Zahl der Menschen mit Diabetes wächst weiter – die Zahl der Diabetologen hingegen nicht in gleichem Maße. Was ist zu tun, damit es für die wachsende Patienten-Gruppe in naher und ferner Zukunft genug gut ausgebildete Diabetes-Experten gibt?

Matthaei: Wenn man sich die Altersstruktur der Diabetologen DDG ansieht, lässt sich feststellen, dass wir bei einer Gesamtzahl von insgesamt etwa 3900 Diabetologen DDG ungefähr 38 Prozent haben, die über 50 Jahre alt sind. Dieses Gefälle jung zu alt wird sich in den nächsten Jahren noch verstärken. Das heißt: In zehn oder 15 Jahren wird es nicht mehr genug Experten geben, um die wachsende Zahl der Erkrankten facharztgerecht behandeln zu können. Die Substitution dieser Leistungen durch nicht-ärztliches Personal kann keine Lösung im Sinne unserer Patienten sein. Daher sind wir als Fachgesellschaft aufgerufen, junge Medizinerinnen und Mediziner für die Diabetologie zu begeistern.

Die Diabetologie hat einen besonderen Charme: Sie verbindet mehr als manch anderes Fach die wissenschaftliche und praktische Tätigkeit. Ich persönlich habe noch keinen Diabetologen getroffen, der es bereut hat, sich für die Diabetologie entschieden zu haben. Daher müssen wir ganz früh ansetzen, in der Universität bei den Studenten bzw. Ärzten im Praktischen Jahr – sie gilt es für unser Fachgebiet zu gewinnen.

Angesichts all der Herausforderungen der Zukunft: Welchen Handlungsbedarf sehen Sie auf gesundheitspolitischer Ebene?

Matthaei: Hier sehe ich hohen Handlungsbedarf. Mehr als sechs Millionen Menschen sind in Deutschland an Diabetes erkrankt, jedes Jahr kommen Hunderttaus-



de Patienten hinzu. Dringend geboten ist ein Bündel strukturierter Maßnahmen, die vor allem der primären Prävention des Diabetes dienen. Es muss verhindert werden, dass weiterhin so viele Menschen neu erkranken. Außerdem muss die Früherkennung der Krankheit gefördert werden. Nur so gelingt es, die gefährlichen Folgeschäden im Zuge einer wirkungsvollen Sekundärprävention zu verhindern.

„Die Früherkennung der Krankheit muss gefördert werden.“

Uns fehlt es in Deutschland an Präventionsmaßnahmen, die wirklich dort ansetzen, wo es etwas bringt. Nämlich ganz früh bei den Kindern. Es fehlt an einem Diabetesregister, wie man es bei Krebserkrankungen schon lange kennt und an Versorgungsforschung. Das sind riesige Aufgaben, die sich nur in einem gesamt-

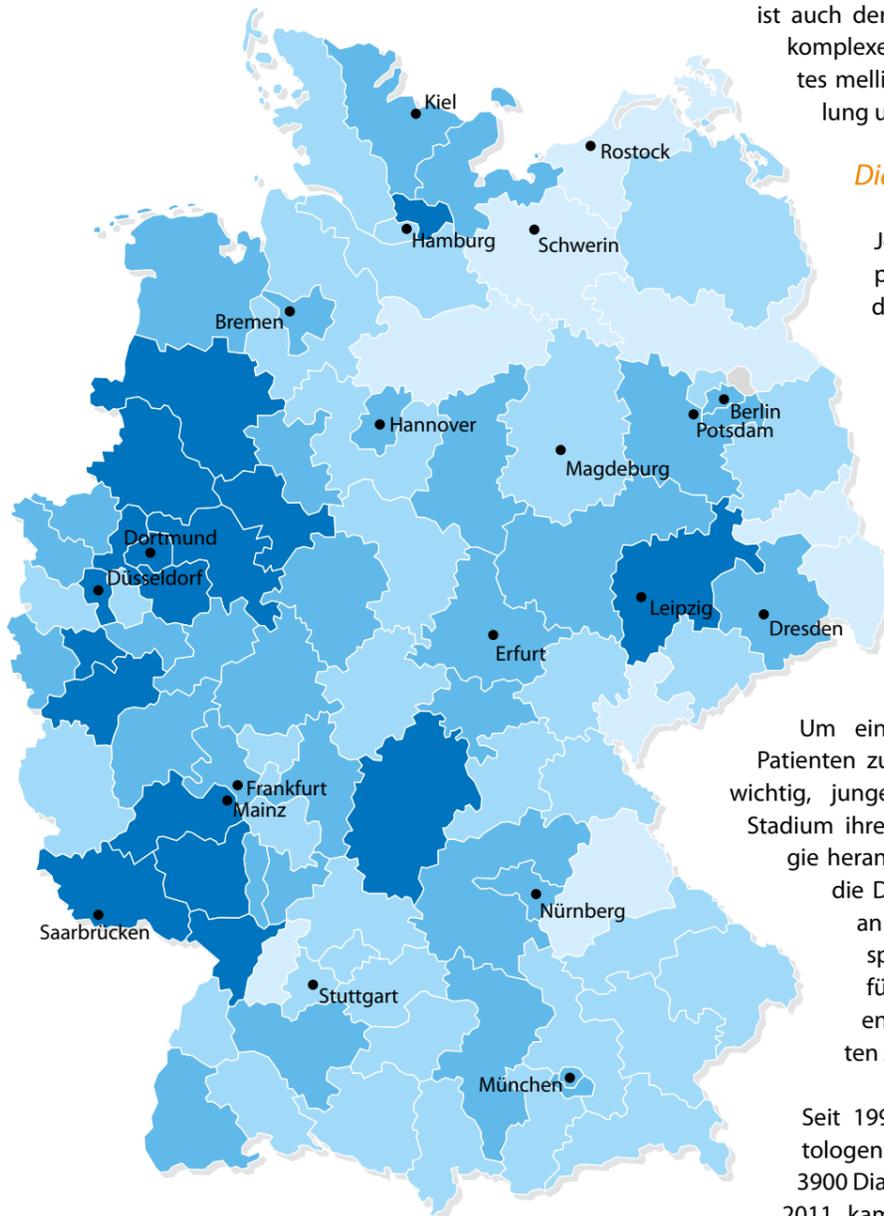
gesellschaftlichen Kontext angehen und mit der Politik umsetzen lassen. Wir brauchen daher auch in Deutschland einen Nationalen Diabetesplans. Ein klarer Auftrag hierfür erging im September 2011 vom UN-Gipfel gegen nicht übertragbare Krankheiten. Entscheidend ist nun, alle relevanten Organisationen in die Erstellung dieses Nationalen Diabetesplans einzubinden. Die DDG arbeitet intensiv daran, die Vernetzung mit den Hausärzten zu verbessern – mit gutem Erfolg. Die DDG hat außerdem schon viele Vorarbeiten geleistet und einen Fahrplan für einen solchen nationalen Diabetesplan formuliert. Doch jetzt ist die Politik am Zuge. Denn nur sie ist es, die dann auch die Möglichkeiten zur flächendeckenden Umsetzung hat. Die Mitglieder der DDG sind bereit, diese Prozesse aktiv zu unterstützen.

Vielen Dank für das Gespräch

Wir bilden Profis aus

In Deutschland leben sechs Millionen Menschen mit Diabetes, weitere sechs Millionen sind erkrankt, ohne es zu wissen. Die Zahl der Betroffenen steigt kontinuierlich an.

Regionale Verteilung der Diabetologen DDG



121-200 81-120 41-80
21-40 1-20

Die Zahl der Betroffenen steigt kontinuierlich an. Doch steigt auch die Zahl der Behandler in angemessenem Umfang? Nein! Und das kann mittelfristig zu Problemen in der Patientenversorgung führen.

Dabei geht es nicht nur um die Zahl der Profis, die künftig in der Diabetologie tätig sind. Entscheidend ist auch deren Qualifizierung. Bei einem so komplexen Krankheitsbild wie dem Diabetes mellitus ist eine individuelle Behandlung unverzichtbar.

Diabetes im Team versorgen

Jede erfolgreiche Diabetestherapie ist Teamarbeit. Daher bildet die DDG sowohl Ärzte als auch nichtärztliches Personal im Gesundheitswesen weiter. Ärzte und Therapeuten müssen den gesamten Menschen mit seinen häufig unterschiedlichen Krankheitsbildern individuell versorgen. Dafür bedarf es dieser speziellen Qualifikation.

Diabetologe DDG

Um eine langfristige Versorgung der Patienten zu gewährleisten, ist es der DDG wichtig, junge Mediziner in einem frühen Stadium ihrer Ausbildung an die Diabetologie heranzuführen. Für die Zukunft denkt die DDG deshalb daran, „Roadshows“ an Universitäten durchzuführen, spezielle Weiterbildungsmodule für Studenten zu entwickeln und eng mit den medizinischen Fakultäten zu kooperieren.

Seit 1995 bildet die DDG zum „Diabetologen DDG“ aus. Derzeit gibt es rund 3900 Diabetologen DDG in Deutschland – 2011 kamen 140 dazu. Von den heute aktiven Diabetologen DDG sind derzeit schon 38 Prozent über 50 Jahre alt. Auch wenn sich die Gesamtzahl der Ärzte mit dieser Zusatzbezeichnung kontinuierlich erhöht, wird es mittelfristig noch mehr geben, die

an die Altersgrenze kommen. Auch die regionale und lokale Verteilung der Diabetologen DDG gilt es zu analysieren. Die meisten Diabetologen DDG gibt es zurzeit in Nordrhein-Westfalen.

Der überwiegende Teil der Diabetologen DDG sind Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Endokrinologie oder Pädiatrie. Zu ihrer zweijährigen Weiterbildung gehört auch ein 80-Stunden-Kurs zur „Klinischen Diabetologie“. Diabetologie ist „sprechende Medizin“, weswegen darüber hinaus ein Seminar zur „Kommunikation und patientenzentrierter Gesprächsführung“ fester Bestandteil der Ausbildung ist.

Assistenzberufe

Im Jahr 2011 haben insgesamt rund 600 Menschen die Weiterbildungsangebote der DDG für Assistenzberufe genutzt: 109 Interessierte konnte die DDG zu Diabetesberaterinnen ausbilden, 258 zu Diabetesassistentinnen, 247 zu Wundassistentinnen.

Die Ausbildung zur Diabetesberaterin DDG findet an fünf Ausbildungsstätten in Deutschland statt: in Trier, Rheine, Regensburg, Jena und Bad Mergentheim. Alle Weiterbildungsstätten arbeiten nach einem einheitlichen Curriculum, das ebenso wie die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung seit 2010 gilt. Das Konzept wurde vom Bundesinstitut für Berufsbildung als so wegweisend empfunden, dass es 2011 mit dem Weiterbildungs-Innovations-Preis ausgezeichnet wurde. Eine Neuerung ist der deutlich erhöhte Praxisbezug durch den Aufbau der Weiterbildung in Form von tätigkeitsorientierten Modulen. Zudem entspricht die Weiterbildung den europäischen Standards und ist nun international vergleichbar. Das erhöht auch die Berufschancen der einzelnen Absolventen. Darüber hinaus kann das Zertifikat für ein späteres Bachelorstudium der Fachrichtung Diabetes Care & Management angerechnet werden. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen für die Weiterbildungen zur Diabetesassistentin und zur Wundassistentin werden zurzeit ebenfalls überarbeitet.

Insgesamt konnte die DDG seit 1983 rund 3 100 Diabetesberaterinnen ausbilden. Die Zahl der ausgebildeten Diabetesassistentinnen liegt deutlich höher. Hier haben seit 1996 rund 6700 Interessierte abgeschlossen. Die Ausbildung zur Wundassistentin DDG, die speziell



für die Wundbehandlung des Diabetischen Fußsyndroms qualifiziert wird, bietet die Fachgesellschaft seit 2005 an. Hier zählt die DDG bislang 1 850 Absolventinnen.

Die Weiterbildungsangebote der DDG sichern nicht nur eine qualifizierte Patientenversorgung. Sie bieten allen Interessierten attraktive Karrieremöglichkeiten – im ambulanten oder stationären Bereich. Potenzielle Arbeitgeber achten bei Neueinstellungen darauf, welche Zusatzqualifikationen vorzuweisen sind und wer sich in welchem Bereich besonders spezialisiert hat. In einigen Bundesländern ist das Entgeltsystem an die Qualifikation der Mitarbeiter gebunden. Das erhöht die Bedeutung der Berufsgruppe deutlich. Daher lohnt sich eine Weiterbildung bei der DDG in dreifacher Hinsicht – für den Patienten, den Arbeitgeber und für jeden einzelnen Behandler.



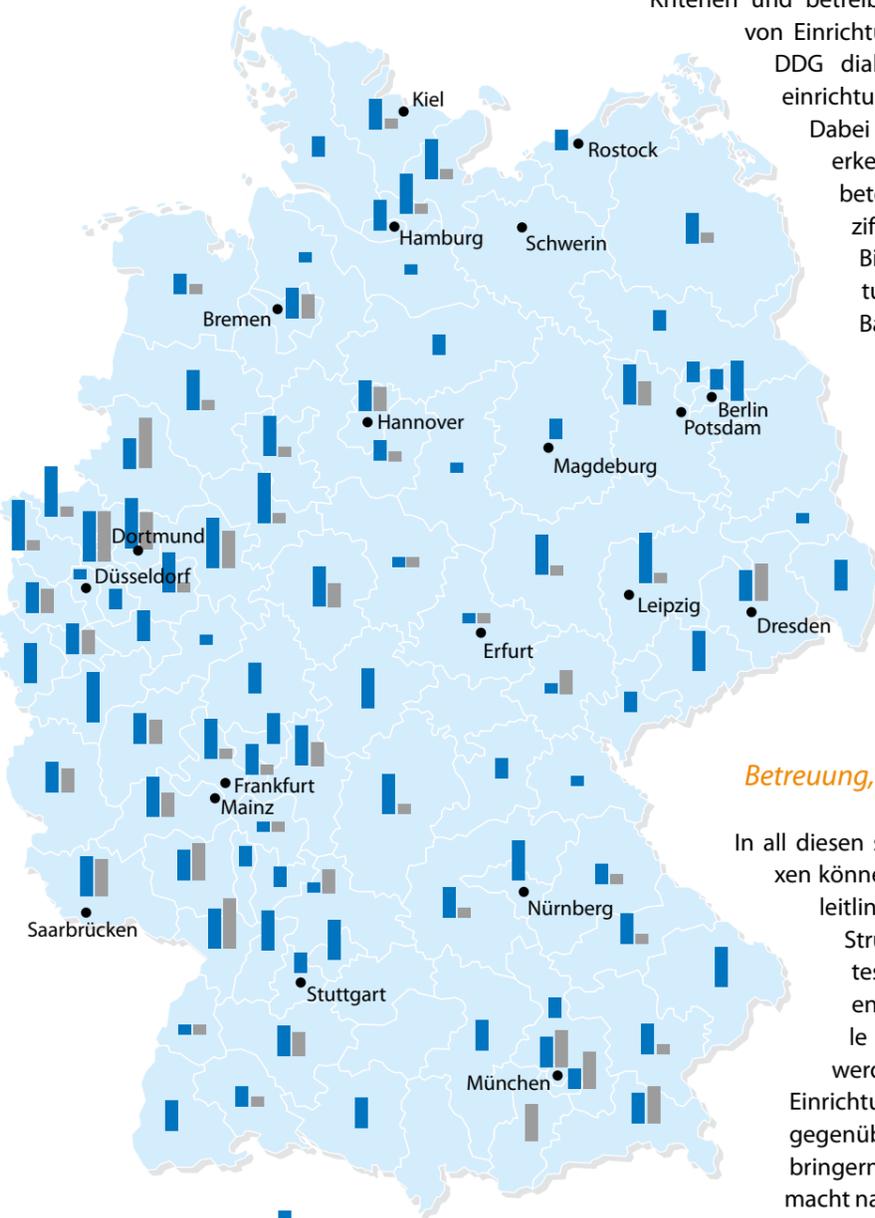
Die aktuellen Kurstermine der DDG sowie die Kursorte finden Sie unter: www.ddg.info/weiterbildung.html

Zertifizierung von Behandlungseinrichtungen

Wenn Menschen chronisch krank sind, ist es besonders wichtig, dass sie bestmöglich medizinisch behandelt werden, also „leitliniengerecht“. Diabetes ist eine sol-

che Krankheit. Je mehr spezialisierte Zentren, Kliniken und Praxen sich diesen hohen Anforderungen unterwerfen, umso größer wird die Zahl derjenigen Patienten, die von einer solchen Versorgungsqualität profitieren. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft entwickelt und verbessert seit vielen Jahren die dafür nötigen Kriterien und betreibt erfolgreich die Zertifizierung von Einrichtungen. Seit 2005 zertifiziert die DDG diabetes-spezifische Behandlungseinrichtungen nach Stufe 1 und Stufe 2. Dabei entspricht Stufe 1 der „Basisanerkennung DDG“, Stufe 2 dem „Diabetologikum DDG mit diabetes-spezifischem Qualitätsmanagement“. Bis Ende 2011 waren 428 Einrichtungen zertifiziert, davon mit Basisanerkennung 331 und 97 als „Diabetologikum“. Darin enthalten sind auch 61 auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus ausgerichtete Einrichtungen. Für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms waren 2011 insgesamt 333 Einrichtungen zertifiziert, davon 239 ambulante und 94 stationäre Fußbehandlungseinrichtungen.

Zertifizierte Einrichtungen DDG



Betreuung, Versorgung und Schulung

In all diesen spezialisierten Kliniken und Praxen können Patienten sicher sein, dass sie leitliniengerecht behandelt werden. Strukturen und Prozesse der Diabetes-Behandlung sind dahingehend entwickelt worden, dass optimale Behandlungsergebnisse erzielt werden können. Der Vorteil für die Einrichtung besteht darin, dass sie sich gegenüber den anderen Leistungserbringern positiv abhebt. Das Siegel DDG macht nach außen die Qualitätsstandards sichtbar und garantiert das hohe Behandlungsniveau.

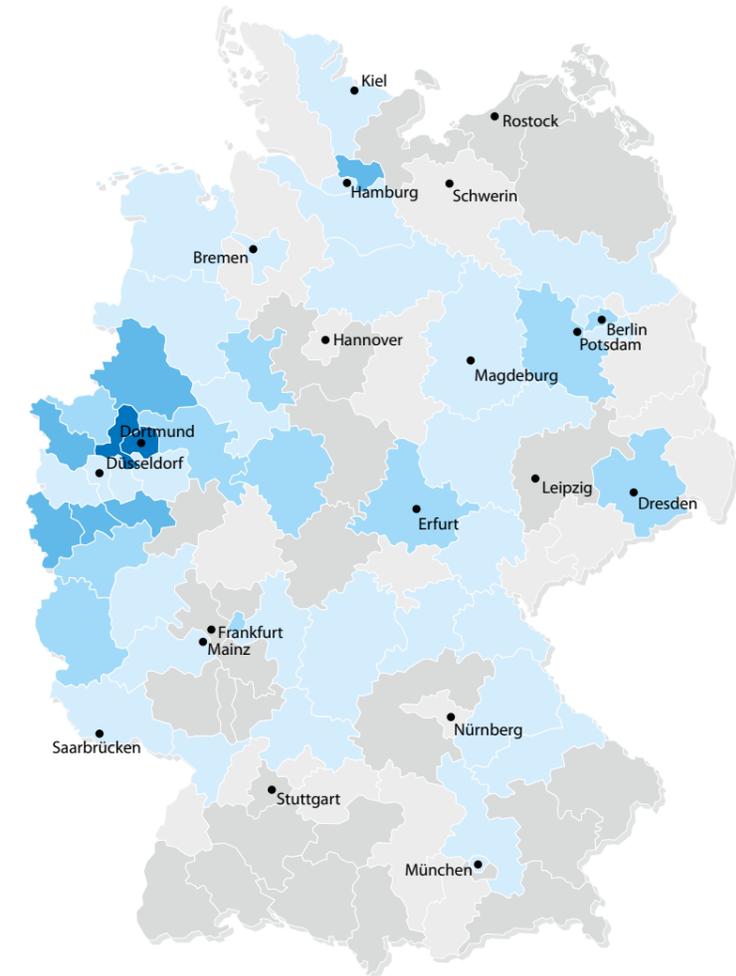
Die Voraussetzungen für die Anerkennungen sind hoch. Zu den personellen Voraussetzungen gehört der

Nachweis, dass neben einem Diabetologen, eine Diabetesassistentin und eine Diabetesberaterin in vorgegebenem Stundenumfang beschäftigt sind. Außerdem muss belegt werden, dass eine staatlich anerkannte Podologin oder examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Weiterbildung zur Wundassistentin DDG oder vergleichbarem Abschluss in der Einrichtung tätig ist oder mit der Einrichtung kooperiert. Darüber hinaus ist eine qualitätsgesicherte Methode zur Glukosemessung gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer auf der Diabetesstation bzw. in der Diabetesprechstunde zusätzlich zum Zentrallabor verfügbar. Auch Räumlichkeiten für Schulungen der Patienten müssen vorhanden sein. Von besonderer Bedeutung sind die Behandlungszahlen: Pro Quartal müssen 200 Menschen mit Diabetes Typ 2 und, falls man sich auch für den Diabetes Typ 1 zertifizieren möchte, 50 Menschen mit Diabetes Typ 1 leitliniengerecht behandelt werden. Einrichtungen, die sich auf Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert haben, müssen die Behandlung von mindestens 30 Kindern in Dauerbetreuung nachweisen.

Für die Anerkennung als „Diabetologikum DDG“ wird ein externer Auditor eines anerkannten Qualitätsmanagementunternehmens hinzugezogen. Bescheinigt er, dass die Strukturen und Prozesse der Einrichtung den definierten Qualitätsmaßstäben der DDG entsprechen, und wird die Versorgung der Patienten außerdem durch ein diabetes-spezifisches Qualitätsmanagement abgesichert, erfolgt eine Zertifizierung als „Diabetologikum DDG“. Die Anerkennung gilt für jeweils drei Jahre und muss dann erneuert werden.

Für die Fußbehandlungszentren DDG, deren Zertifizierungsverfahren durch die AG Diabetischer Fuß der DDG durchgeführt wird, gelten ähnlich hohe Qualitätsstandards: Zu den strukturellen Mindestkriterien gehören zum Beispiel die Beschäftigung eines Diabetologen, einer Diabetesberaterin oder Diabetesassistentin sowie einer Wundassistentin, Wundexpertin oder Podologin. Mindestens ein Behandlungsraum muss ausschließlich für die Wundbehandlung zur Verfügung stehen und entsprechend ausgestattet sein. Für die Gefäßdiagnostik ist ein Doppler-Ultraschallgerät unabdingbar. Nachzuweisen ist darüber hinaus ein Hygieneplan, zu dem auch eine Behandlungsstrategie für resistente Keime gehören muss. Für die Zertifizierung müssen die Einrichtungen zudem je eine aktive und passive Hospi-

Fußbehandlungseinrichtungen DDG



tation absolvieren sowie eine Patientenevaluation von 30 konsekutiven Patienten vorlegen. Den Abschluss des Verfahrens bildet die Präsentation der Einrichtung auf der Jahrestagung der AG Diabetischer Fuß, in deren Folge die Anerkennung für insgesamt drei Jahre ausgesprochen wird. Anschließend ist für die Fußbehandlungseinrichtungen ein neuer Antrag zur Rezertifizierung einzureichen.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.ddg.info/zertifizierung.html

Dosisanpassung zwischen Beachvolleyball und Kneippkur —

Bevor Anika Hapke nach Usedom kam, war sie häufig unterzuckert. „Ich habe mir viel zu oft Insulin gespritzt“, sagt die 18-Jährige aus Uetersen, die seit einer Woche in der Kinderrehabilitationsklinik Haus Gothensee des Heringsdorfer Medigreif Inselklinikums wohnt. Von ihrer Stoffwechselstörung weiß sie erst seit Kurzem.

Anika Hapke ist die Älteste in der Diabetesgruppe der Klinik. In ihrem Zimmer stehen drei Betten mit rosa Bettwäsche und Teddybären auf den Kopfkissen. Es gibt ein Panoramafenster und einen langen Schreibtisch. An dem werden auch Hausaufgaben gemacht: Die Klinik arbeitet mit dem Heringsdorfer Gymnasium zusammen, dort können die Klinikinder zur Schule gehen.

Allerdings nur an drei Tagen in der Woche. „Wir brauchen schließlich Zeit für die Therapie“, sagt Chefarzt und Klinikleiter Professor Ralf Schiel, der die Inselklinik 2004 übernahm. Der Diabetologe ist gleichzeitig Leiter des Fachhochschulstudiengangs Diabetes und Management in Rheine. In seinem Büro im zweiten Stock hängen Drucke von Zeesbooten, daneben Zertifikate. Der Ministerpräsident von Mecklenburg-Vorpommern Erwin Sellering bedankt sich für die „Qualitätsoffensive“, an der die Klinik teilhat. Auch die DDG-Zertifizierung hängt an der Wand. Die Einrichtung ist mit der höchsten Stufe ausgezeichnet.

Den Diabetes selbst managen

Vier Mal am Tag kontrolliert Anika Hapke ihren Blutzuckerspiegel selbst. In der morgendlichen Visite diskutiert sie die Werte und die geplante Insulindosis mit den Diabetologen und Diabetesberatern der Klinik. Nach den Vorgaben der DDG werden die Kinder in Heringsdorf zum Diabetes-Selbstmanagement geführt. „Ich finde es gut, dass ich alle meine Fragen stellen kann“, sagt Anika Hapke, „zuhause konnte mir keiner so richtig weiterhelfen.“ Im Diagnostikraum gibt es Geräte zur Blutzuckermessung, ein EKG- und ein Ultraschall-Gerät. Nebenan ist der Spritzraum, wo die Insulinpläne für jedes der Kinder und Jugendlichen aushängen.

In die Rehaklinik kommen neben Kindern mit Diabetes Typ 1 auch Kinder, die unter Übergewicht, Atemwegs- und Hautkrankheiten oder psychosomatischen

Störungen leiden. Wie Anika Hapke verbringen sie vier bis sechs Wochen in der Einrichtung. Etwa die Hälfte der 240 Betten wird außerdem von Mutter-Kind Kurgästen belegt. Wie gut die Auslastung der Klinik ist, hängt auch von der Jahreszeit ab.

In der Ferienzeit im Sommer ist Hochsaison auf Usedom, auch im Haus Gothensee. Dann beschäftigt die Inselklinik 110 Mitarbeiter, darunter mehrere Ärzte, Diabetesberater und -assistenten, Psychologen, Krankenschwestern, einen Sporttherapeuten und auch 24 Erzieherinnen. Eine von ihnen ist die 27-jährige Bianka Kretschmann, deren eigene Lebensgeschichte eng mit dem Haus verbunden ist. „Ich war als Adipositaspatientin selbst zur Reha hier“, sagt sie. „Vielleicht weil ich die Patientensicht kenne, habe ich das Gefühl den Kindern viel geben zu können.“

Zur pädagogischen Betreuung gehört auch das Begleiten der Heimwehattacken, die viele Kinder hier durchmachen. Auch wenn die meisten Eltern mit Kindern unter zehn Jahren den Aufenthalt für sich mit beantragen, entsprechen die Kassen nicht immer diesem Wunsch. „Wir haben momentan eine alleinreisende Sechsjährige hier, die es sehr schwer hat“, sagt Professor Schiel, „das sind Entscheidungen der Kostenträger, die ich nicht immer nachvollziehen kann.“

Schiel macht den Sparwillen der öffentlichen Träger auch dafür verantwortlich, dass immer weniger Zusagen für die Medigreif Inselklinik ausgesprochen werden. „Die Kassen schicken Kinder zunehmend in eigene Kliniken, selbst wenn es dort keine Diabetesfachkräfte gibt“, sagt er. „Ich hoffe trotzdem, dass wir die Klinik in der Form weiterführen können.“ Der Unterhalt der Gebäude auf dem weitläufigen Grundstück, die Personalkosten, das Schwimmbecken im Keller für die Kneippkuren, der hohe medizinische Standard kosten viel Geld. Es ist ein großes Schiff, das gesteuert werden muss.

Spielend lernen, mit der Krankheit umzugehen

Weil die meisten Kinder in den Ferien kommen, steckt auch ein bisschen Urlaub in einem Rehaaufenthalt in Heringsdorf. Auf dem Gelände der Klinik ist viel Raum zum Spielen. Hier gibt es einen großen Erlebnisbereich mit Spiel- und Grillplatz, mit Rutsche, selbstgebauten Hütten und Schaukeln. Und auch bei einem Spazier-



Ferienpaß am Ostseestrand

gang durch den Ort gerät man schnell in Ferienstimmung. Eine Villa in Seebadarchitektur steht neben der anderen, die Ortsschilder sind in deutscher und polnischer Sprache beschriftet und an jeder Straßenecke führen Wegweiser zum Strand. Fünfzehn Minuten braucht man von der Klinik bis zur Seebrücke. Dazu bieten die Mitarbeiter der Klinik Ausflüge, Beachvolleyballturniere, Kanuwanderungen, Reiten, Schwimmbadbesuche und Fahrradtouren an.

Transfer des Wissens in die Praxis

Das erlebnispädagogische Freizeitprogramm soll den Kindern zeigen, dass sie die gleichen Möglichkeiten haben wie alle anderen. Auch mit Diabetes kann man einen Tag lang segeln oder ein Volleyballturnier gewinnen. „Gerade in der Freizeit findet der Transfer des Wissens von der Theorie in die Praxis statt“, sagt Schiel. Wenn bei einem Fahrradausflug ein Kind unterzuckert ist und die anderen mitbekommen, dass es Traubenzucker isst und ein Glas Wasser trinkt. Wenn es beim Grillen Kartoffelsalat gibt und zwei Kinder miteinander diskutieren, wie viele Kohlenhydrateinheiten sie spritzen müssen.

Im ersten Stock im Haus Gothensee herrscht Klassenfahrtstimmung. In einem der Zimmer spielen drei Mädchen Karten, hinter einer Tür ist eine singende Jungenstimme zu hören. Zwei Jungs stürmen auf den Klinikleiter zu. „Herr Professor, ich will morgen nicht nach Hause!“, ruft der eine. „Vielleicht kannst du ja in ein paar Jahren wiederkommen“, antwortet Schiel.

Tatsächlich kommen zwar die meisten Kinder direkt nach der Diagnosestellung in die Rehaklinik. Aber einige kehren noch einmal zurück: bei der Umstellung auf eine Insulinpumpe, bei schlechter Einstellung und schwankenden Werten. Oder in der Pubertät.

„Einige Kinder hatten nie Probleme und rebellieren als Jugendliche plötzlich gegen ihre Krankheit“, sagt Schiel. „Wir führen dann viele Gespräche, versuchen die Akzeptanz des Diabetes wiederherzustellen.“ Oft hilft schon alleine der Aufenthalt in Heringsdorf weiter. Viele treffen hier zum ersten Mal auf Gleichaltrige mit der gleichen Krankheit wie sie selbst. Vielleicht zum ersten Mal seit langer Zeit sind sie nichts Besonderes, sondern so wie alle anderen. Ganz normal.



Evidenzbasierte Leitlinien bieten Ärzten in Klinik und Praxis Orientierung darüber, wie Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Langzeitbehandlung des Diabetes mellitus auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erfolgen hat. Kaum eine Fachgesellschaft in Deutschland hat an so vielen Leitlinien mitgewirkt und diese entwickelt wie die Deutsche Diabetes Gesellschaft. Im Vorstand der Fachgesellschaft ist dafür Professor Dr. Monika Kellerer, Ärztliche Direktorin und Leiterin des Zentrums für Innere Medizin I am Marienhospital Stuttgart, verantwortlich.

Frau Professor Kellerer, wie kommt es, dass die DDG bereits so viele S3-Leitlinien veröffentlicht hat?

Kellerer: Das liegt vor allen Dingen am Engagement unserer Mitglieder. Aber auch die professionelle Begleitung für S3-Leitlinien durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist ein wichtiges Element für die Entstehung der heutigen S3-Leitlinien.

Welche Leitlinien hat die DDG im Jahr 2011 veröffentlicht beziehungsweise an welchen hat sie mitgewirkt?

Kellerer: Da sind die Leitlinie für Gestationsdiabetes, die nationale Versorgungsleitlinie Neuropathie und die Leitlinie zum Diabetes mellitus Typ 1 zu nennen. Bei allen drei Leitlinien handelt es sich um evidenzbasierte S3-Leitlinien.

Wie findet die Leitlinien-Entwicklung bei der DDG konkret statt?

Kellerer: Der DDG-Vorstand legt den Bedarf für die Aktualisierung bestehender Leitlinien oder den Entwurf neuer Leitlinien fest. Es erfolgt eine Absprache und Abstimmung hinsichtlich geplanter NVL-Projekte mit dem ÄZQ. Dieser Abstimmungsprozess ist wichtig, um Doppelaktivitäten für unsere Fachgesellschaft sowie auch für unsere Experten zu vermeiden. Anschließend erfolgt die Einladung von Experten unserer Fachgesellschaft sowie auch anderer Fachgesellschaften. Die Koordination und methodische Unterstützung haben wir zuletzt häufig durch die professionelle Begleitung des ÄZQ realisiert.

Besonders die Leitlinie zum Gestationsdiabetes wurde im Jahr 2011 in der Öffentlichkeit stark wahrgenommen.

Kellerer: Hier ist erstmals eine evidenzbasierte S3-Leitlinie zum Thema Gestationsdiabetes durch die Zusammenarbeit der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe entstanden. Es ist der Arbeitsgruppe um Herrn Dr. Kleinwechter und Frau PD Dr. Schäfer-Graf gelungen, eine in Deutschland viel beachtete Leitlinie nach höchstem wissenschaftlichem Standard zu entwickeln. Den Arbeitseinsatz der beteiligten Kollegen kann man dabei nicht genug würdigen, da die Realisierung einer S3-Leitlinie ohne methodische Unterstützung für ehrenamtlich tätige Kollegen einen enormen Einsatz und Zeitaufwand bedeutet.

Wie lange dauert es, bis eine wissenschaftliche Erkenntnis tatsächlich Eingang in eine Leitlinie erhält? Wir hatten in der Vergangenheit die Diskussion über die Höhe des HbA1c-Wertes. Die ACCORD- und ADVANCE-Studie machten das Risiko eines zu niedrigen Wertes offenbar. In der Leitlinie war das – verständlicherweise – erst einmal noch nicht abgebildet ...?

Kellerer: Hier ist erstmals eine evidenzbasierte S3-Leitlinie zum Thema Gestationsdiabetes durch die Zusammenarbeit der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe entstanden. Es ist der Arbeitsgruppe um Herrn Dr. Kleinwechter und Frau PD Dr. Schäfer-Graf gelungen, eine in Deutschland viel beachtete Leitlinie nach höchstem wissenschaftlichem Standard zu entwickeln. Den Arbeitseinsatz der beteiligten Kollegen kann man dabei nicht genug würdigen, da die Realisierung einer S3-Leitlinie ohne methodische Unterstützung für ehrenamtlich tätige Kollegen einen enormen Einsatz und Zeitaufwand bedeutet.

„Die Umsetzung der Leitlinien ist noch deutlich verbesserungsfähig“

Kellerer: Dies kann relativ rasch gehen. Wir haben bereits im Jahr 2008 in der Leitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes eine ausführliche Würdigung der damals erst seit ganz kurzer Zeit zur Verfügung stehenden Ergebnisse aus ACCORD und ADVANCE in einem mehrseitigen Appendix zur Leitlinie gewürdigt. Somit sind die Erkenntnisse aus ACCORD und ADVANCE ganz aktuell in den Entstehungsprozess der Leitlinien zum Typ-2-Diabetes eingeflossen. In der Regel sind die Leitlinien für mindestens vier Jahre gültig und müssen dann allerdings überarbeitet werden. Ein weiterer Weg, die neuen Erkenntnisse rascher in unsere Leitlinien aufzunehmen, sind die jährlich neu erscheinenden und aktualisierten Praxisleitlinien.

Welche Leitlinien stehen bei der DDG für 2012 auf der Agenda?

Kellerer: Im Jahr 2012 wird eine S3-Leitlinie Carotistenose unter Mitarbeit der DDG und initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie erscheinen. Des Weiteren ist eine nationale Versorgungsleitlinie zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 in Bearbeitung. Nach Abschluss dieses Projektes ist geplant, eine nationale Versorgungsleitlinie zum Thema Diabetes mellitus im Alter aufzulegen.

Eine Leitlinie ist nur so gut wie ihre Anwendung in Klinik und Praxis. Wie gelingt der Transfer der Aussagen einer Leitlinie in den Behandlungsalltag?

Kellerer: Die Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft haben durch den Abdruck auf der DDG Homepage, auf der AWMF-Homepage sowie durch die unterschiedlichen Printmedien eine sehr gute Verbreitung. Außerdem bereiten wir gerade die Veröffentlichung von „Pocket-Leitlinien“ und eine App-Version vor, um dem veränderten Kommunikationsverhalten Rechnung zu tragen. Gleichwohl ist die Umsetzung dieser Leitlinien in Klinik und Praxis noch deutlich verbesserungsfähig. Hier wäre es wünschenswert, klinisch relevante Kernaussagen auf praxisrelevante Weise zu verarbeiten und beispielsweise in die Praxissoftware einzugliedern.

Vielen Dank für das Gespräch

Alle Leitlinien der DDG stehen auf der DDG Webseite unter www.ddg.info zum Download bereit.

Evidenzbasierte Leitlinien

- Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter, Nationale Versorgungsleitlinie, 2011
- Therapie des Diabetes mellitus Typ1, 2011
- Gestationsdiabetes mellitus, 2011
- Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter, Nationale Versorgungsleitlinie, 2011
- Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen (Typ 2), Nationale Versorgungsleitlinie, 2010
- Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen, Nationale Versorgungsleitlinie, 2010
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, 2010

Praxis-Leitlinien

- Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus, 2011
- Behandlung des Typ-1-Diabetes, 2011
- Diabetes mellitus Typ 2, 2011
- Gestationsdiabetes mellitus, 2011
- Diabetes und Schwangerschaft, 2011
- Diabetische Retinopathie und Makulopathie, 2010
- Diabetes mellitus und Herz, 2010
- Adipositas und Diabetes mellitus, 2010
- Diabetisches Fußsyndrom, 2010
- Diabetes mellitus im Alter, 2010

Patienten-Leitlinien

- Diabetes und Schwangerschaft
- Schwangerschaftsdiabetes (Gestationdiabetes)

Ehrungen und Preise 2011

Impulse für die Forschung zu setzen und Forscher zu fördern, ist ein Anliegen der DDG. 2011 wurden 12 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ausgezeichnet und 28 Projekte mit 293 600,- Euro unterstützt.



Paul-Langerhans-Medaille

Prof. Dr. Sigurd Lenzen (1), Hannover

Die Paul-Langerhans-Medaille ist die höchste Auszeichnung der DDG. 2011 ging diese an Professor Sigurd Lenzen. Er gehört zu den weltweit führenden Beta-Zell-Diabetologen. In seiner mehr als 35-jährigen Forschungstätigkeit hat Lenzen die Inselzelldiabetologie wie kein anderer in Deutschland geprägt. Zu seinen Verdiensten zählen herausragende Forschungserfolge wie die Aufklärung der Mechanismen der Insulinsekretion, die Entdeckung der PFK2 als dem zentralen endogenen Aktivatorprotein der Glukokinase, die Erstbeschreibung des „Amplifying Pathways“ sowie die Entwicklung neuer Therapiekonzepte für Typ-1-Diabetes.

Hellmut-Otto-Medaille

Dr. phil. Brigitte Osterbrink (2), Rheine

Preisträgerin der Hellmut-Otto-Medaille 2011 der Deutschen Diabetes Gesellschaft war Dr. Brigitte Osterbrink, Rheine. Die DDG würdigte Osterbrinks herausragende Verdienste um qualifizierte Aus- und Weiterbildungen für Berufe im Diabetesbereich und ihr berufliches Lebenswerk insgesamt. Die Diplom-Pflegewirtin, Diabetes Beraterin DDG und Mitglied des Ausschusses Schulung und Weiterbildung der DDG leitet den Bildungscampus am Matthias-Spital in Rheine. Osterbrink widmet sich seit rund 30 Jahren der Qualität von Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen.

Gerhardt-Katsch-Medaille

Michael Bertsch (3), Dreieich

Die Gerhardt-Katsch-Medaille 2011 ging an Michael Bertsch aus Dreieich in Hessen für die von ihm im Jahr 2000 gegründete Internetplattform „Diabetes-Kids“. Inzwischen ist dieses Forum mit seinen vielfältigen Nutzungsmöglichkeiten zur größten deutschsprachigen virtuellen Selbsthilfegruppe für Kinder und Jugendliche mit Diabetes und deren Eltern geworden. „Diabetes-Kids“ ist ein Portal für Informationsvermittlung und aktiven Austausch zwischen betroffenen Kindern und Eltern.

Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis

Dr. Sandra Hummel (4), München

Den Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis 2011 erhielt die Ökotrophologin Dr. Sandra Hummel, München. Die DDG ehrt Hummel für ihre herausragenden wissenschaftlichen Arbeiten und wegweisenden Leistungen auf dem Gebiet der Ätiologie und Behandlung des Typ-1-Diabetes. Dr. Hummel erforscht die Bedeutung der frühkindlichen Ernährung und anderer perinataler Risikofaktoren für die Entstehung von Inselautoimmunität, Typ-1-Diabetes und Adipositas.

Höhe: 10.000 Euro – von der Firma Lilly Deutschland GmbH gestiftet.

Werner-Creutzfeldt-Preis

Prof. Dr. Wolfgang E. Schmidt (5), Bochum

Die DDG ehrte mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis 2011 Professor Dr. Wolfgang E. Schmidt, Bochum, für seine herausragenden Forschungsleistungen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in unterschiedlichen Themengebieten der Inneren Medizin. Innerhalb der Diabetologie beschäftigen sich seine Projekte mit den Inkretinen, der Rolle von GLP-1 in der Therapie und in der postoperativen Ernährungstherapie bei Typ-2-Diabetes sowie dem GIPBollustest zur Diagnostik des „Prädiabetes mellitus Typ 2“.

Höhe: 10.000 Euro – von der Firma Lilly Deutschland GmbH gestiftet.

Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

Prof. Dr. Matthias Blüher (6), Leipzig

Die Hans-Christian-Hagedorn Projektförderung ging 2011 an Professor Dr. Matthias Blüher, Leipzig. Als Leiter der klinischen Forschungsgruppe „Atherosclerosis“ erhielt er die Projektförderung für seine wegweisenden Forschungsaktivitäten in der klinischen und experimentellen Diabetologie. Sein Forschungsschwerpunkt konzentriert sich auf den Zusammenhang zwischen viszeraler Adipositas und der Entstehung von Insulinresistenz in der Pathogenese des Typ-2-Diabetes.

Höhe: 25.000 Euro – von der Firma Novo Nordisk Pharma GmbH gestiftet.

Empfänger allgemeine Projektförderung 2011: Dr. Tanja Arndt • Erhalt der Beta-Zellrestfunktion im Pankreas durch CD3-Antikörpertherapie induzierte regulatorische T-Zellen nach Diabetesmanifestation in der IDDM Ratte • 12.500,- € | Dr. rer. nat. Yvonne Böttcher • Exom-Sequenzierung des BMPR1A Gens (bone morphogenetic receptor 1A) und Assoziation seltener Varianten mit Adipositas in Deutschen Sorben • 10.000,- € | Dipl.-Biol. Jana Breiffeld • Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der PIGC, TBX15, GRB1, ZNRF3, STAB1 und AA53656 Expression im humanen subkutanen und perivaskulären Fettgewebe mit Parametern der Fettverteilung • 10.000,- € | Dipl.-Biol. Maren Carstensen • Sfrp5 und Wnt5a: Assoziation dieser neuen Adipokine mit metabolischen Parametern und Regulation durch Kaffeekonsum und Glukosebelastung • 7.500,- € | Stephanie Döcke • Glukoneogenese und Fettsäuremetabolismus im Rahmen der humanen nichtalkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD) und eines pathologischen Blutglukosemetabolismus • 7.500,- € | Dr. Dipl.-Psych. Manfred Hallschmid • Regulation des autonomen Nervensystems durch peripher und zentralnervös appliziertes Leptin beim Menschen • 10.000,- € | Dr. rer. nat. John Heiker • Erste chronische Vaspin-Applikation zur Behandlung von Fettleibigkeits-assoziiertem Typ-2 Diabetes im db/db Mausmodell • 12.500,- € | Dr. rer. nat. Johannes Hirrlinger • Zelltypspezifische Analyse der Genexpression in Neuronen und Astrozyten adipöser Mäuse • 7.500,- € | Dr. Alexander Iwen • Charakterisierung der Wirkung von zentral (intranasal) appliziertem Insulin auf den humanen Adipozytenmetabolismus in vivo • 10.000,- € | Dr. rer. nat. Cindy Johne • Rolle von Rab3B in der Stimulus-Sekretionskopplung von Beta-Zellen • 10.000,- € | Dr. rer. nat. Timo Kanzleiter • Auswirkungen des inflammatorischen Regulators Adip1 auf die Insulinresistenz • 10.000,- € | Dipl.-Biol. Carola Krause • Impact of bone morphogenetic protein-6 (BMP-6) signalling on fibrotic traits of the diabetic hand • 7.500,- € | Prof. Dr. Karin Lange • Lebenschancen mit Typ-1-Diabetes



Menarini-Projektförderung

**Prof. Dr. Andreas Neu (1),
Dr. Stefan Eehalt (2),
Tübingen**

Die Menarini-Projektförderung ging 2011 gemeinsam an zwei Preisträger: den Kinderdiabetologe Prof. Andreas Neu und den Leiter der Adipositas-Ambulanz innerhalb der Pädiatrischen Endokrinologie, Dr. Stefan Eehalt aus Tübingen. Sie erhielten die Projektförderung für ihr Projekt zur Erforschung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen und für ihr Inzidenzregister. Bereits in den 90er Jahren rief Dr. Neu das Diabetes-Register ins Leben. Die erhobenen Daten dienen zur Erforschung der Häufigkeit und der Formen des Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen.

Höhe: 15.000 Euro – von der Firma Berlin-Chemie AG gestiftet.

Silvia-King-Preis

**Dr. rer. med. Nora Klötting (3),
Leipzig**

Den von Familie King gestifteten Förderpreis für wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der klinischen Diabetologie verlieh die DDG im Jahr 2011 an Dr. rer. med. Nora Klötting, Leipzig. Klötting forscht am Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas Erkrankungen der Univer-

sität Leipzig, leitet dort die Nachwuchsgruppe „Animal Models of Obesity“ und untersucht unter anderem die Rolle von Repin 1 in der Pathogenese von Adipositas.

Höhe: 2.600 Euro – von der Familie King gestiftet.

Ferdinand-Bertram-Preis

**Prof. Dr. Kathrin Maedler (4),
Bremen
PD Dr. rer. nat. Martina Düfer (5),
Tübingen**

Den Ferdinand Bertram Preis 2011 teilten sich zwei Preisträgerinnen. Professor Dr. Kathrin Maedler erhielt den Preis für ihre wegweisenden Leistungen auf dem Gebiet der Diabetologie. Die Fachgesellschaft würdigte damit vor allem ihre Erkenntnisse zum Mechanismus des Untergangs der Betazelle bei Diabetes Typ 2.

Privatdozentin Dr. rer. nat. Martina Düfer wurde für ihre wissenschaftliche Arbeit zur Erforschung von Signalwegen, die an der Pathogenese von Typ-2-Diabetes mellitus beteiligt sind, ausgezeichnet.

Höhe: 20.000 Euro – von der Firma Roche Diagnostics Deutschland GmbH gestiftet.

DDG-Förderpreis

**Dr. rer. nat. Michael Willenborg (6),
Braunschweig**

Für seine hervorragende Dissertation auf dem Gebiet der Diabetologie erhielt Dr. rer. nat. Michael Willenborg aus Braunschweig den Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2011. In der Arbeitsgruppe von Professor Dr. Rustenbeck, TU Braunschweig, erforschte er unter anderem die Glukoseabhängigkeit der pharmakologisch stimulierten Insulinsekretion. Die gemeinsam mit Rustenbeck vorgelegte Arbeit behandelt das Thema „Beziehung zwischen der Depolarisation und dem initialen Kalziumanstieg im Zytosol von Betazellen des Pankreas als Determinanten der 1. Phase der Insulinsekretion“.

Höhe: 10.000 Euro – von der Firma Sanofi-Aventis Deutschland GmbH gestiftet.



Weitere Informationen finden Sie unter:
www.ddg.info/forschung/ddg-forschungspreise.html

Erfolgreiche Kongresse

Jedes Jahr richtet die Deutsche Diabetes Gesellschaft zwei große Fachkongresse aus. Mit dem Diabetes Kongress, früher als DDG Frühjahrstagung geführt, und der Diabetes Herbsttagung veranstaltet sie die größten Fachveranstaltungen rund um das Krankheitsbild Diabetes in Deutschland. Über 10.000 Kongressbesucher aus Klinik und Praxis, Wissenschaftler, Nachwuchskräfte, Diabetesberater und Psychologen nutzten 2011 die Veranstaltungen, um sich in Symposien und Vortragsveranstaltungen fachlich fortzubilden und die aktuellen Entwicklungen in der Wissenschaft zu diskutieren.



Der Diabetes Kongress im Frühjahr ist der größte diabetologische Fach- und Wissenschaftskongress im deutschen Sprachraum. Bei keiner anderen Fachveranstaltung rund um Diabetes sind so viele Fachleute vor Ort, um ihr Wissen weiterzugeben. Bei der 46. Jahrestagung in Leipzig informierten sich über 6000 Ärzte, Wissenschaftler und andere in der Diabetologie tätige Berufsgruppen über aktuelle Entwicklungen und Erkenntnisse in der Diabetologie. Unter dem Motto „Perspektiven Leipzig 2011: Dialog – Erfahrung – Gewinn“ fand die Veranstaltung vom 1. bis 4. Juni 2011 im Congress Center Leipzig statt. Vorträge aus der Diabetes-Forschung sowie zur Vorbeugung, Bewegung und Ernährung standen ebenso im Mittelpunkt der Tagung

wie Augenerkrankungen bei Diabetes oder Behandlung von Jugendlichen mit Diabetes Typ 1.

Das Motto „Perspektiven Leipzig 2011: Dialog – Erfahrung – Gewinn“ stand für die Ziele, die sich Kongress-Präsidentin Professor Dr. Olga Kordonouri für die DDG-Jahrestagung 2011 gesetzt hatte: Dem Kongressmotto entsprechend waren die einzelnen Veranstaltungen jeweils einem der Hauptthemen „Dialog“, „Erfahrung“ und „Gewinn“ zugeordnet. Der wissenschaftliche Schwerpunkt „Dialog“ umfasste Vorträge zu den Unterthemen „Pankreas – Gehirn“, „Betazelle – Fettgewebe“, „Glukosestoffwechsel – Immunsystem“ und „Computer – Insulinpumpe (closed loop)“. Hierbei ging es zum Beispiel um Fragen, welchen Gewinn ein künstliches Pankreas dem Patienten bringt oder welche neuen Erkenntnisse es in Bezug auf die Insulinwirkung bei Adipositas und Diabetes mellitus gibt. Unter dem Schwerpunkt „Erfahrung“ diskutierten Wissenschaftler über Themen wie „Tausend Jahre Ernährungstherapie“, „Ein Jahrhundert Insulintherapie“ und „Versorgungsforschung im aktuellen Fokus“. Experten informierten außerdem im Schwerpunkt „Gewinn“ über gesundheitsökonomische Erkenntnisse, Patienten-orientiertes Outcome und Qualitätssicherung.

Ein Highlight war die Eröffnungsveranstaltung des Kongresses: Diese hatte Professor Kordonouri gemäß ihres Mottos ganz im Sinne des Dialogs ausgerichtet: Nach Eröffnungsrede und Standortbestimmung durch den DDG-Präsidenten, Professor Dr. Thomas Danne, war das gesamte Publikum zum Trommeln eingeladen. Ein Scherz? Nein, rund 1000 Diabetologen und Diabetesberaterinnen trommelten nach Anleitung von zehn professionellen Drummerinnen des Drum-Cafes, was sie an Rhythmus im Blut hatten und brachten so den Veranstaltungsort zum Beben.

Fortbildung im Herbst

Bei der 5. Herbsttagung der DDG vom 11. bis 12. November 2011 in Berlin stellten die Experten das Individuum in den Mittelpunkt. In fast 50 Symposien, Workshops, Offene Foren und anderen Veranstaltungen hatten die Teilnehmer Gelegenheit, sich über neueste Entwicklungen in der Grundlagenforschung, neue Medikamente, aktuelle Aspekte der Prävention und praxisnahes Wissen zur Behandlung des Diabetes fortzubilden. Gemäß dem Motto „Diabetes: Individualisiert



und praktisch handeln“ lenkten die Kongresspräsidenten PD Martin Füchtenbusch und PD Michael Hummel die Aufmerksamkeit auf die unterschiedlichen Lebenssituationen von Diabetespatienten. Über 3000 Ärzte, Wissenschaftler, Diabetesberater und andere in der Diabetologie tätige Berufsgruppen informierten sich im Berliner ICC über aktuelle Erkenntnisse in der Diabetologie.

Zu den Highlights des Kongresses gehörten der State-of-the-Art-Vortrag von Professor Dr. Anette-Gabriele Ziegler zum „Typ-1-Diabetes im 21. Jahrhundert“. Mit den neuen DDG Leitlinien zum Gestationsdiabetes, der sich häufig durch Gewichtsoptimierung und Bewegungstherapie gut behandeln lässt, beschäftigten sich die Teilnehmer eines eigenen Symposiums. In verschiedenen Symposien diskutierten die Teilnehmer außerdem die Rolle von Übergewicht und Adipositas bei Entstehung und Verlauf einer Diabetes-Erkrankung.

Vor dem Hintergrund der weltweit alarmierenden Zahlen an Diabeteserkrankungen wies DDG Präsident Professor Dr. Stephan Matthaei auf die Notwendigkeit politischer Unterstützung bei der Diabetes-Prävention hin. Er bezog sich dabei auch auf den UN-Gipfel zu den nicht übertragbaren Krankheiten. Hier wurde im September 2011 das Ziel verabschiedet, chronische Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 bis 2025 deutlich zu senken. Bis 2013 sollten die beteiligten Länder nationale Pläne für die Prävention und Kontrolle vorlegen. „Die DDG hat diesen nationalen Aktionsplan für Diabetes bereits angeschoben. Jetzt ist es Aufgabe der Politik,

diesen Plan in die Tat umzusetzen“, betonte Professor Matthaei.

Kongresse mit Profil

Künftig wird die DDG die beiden Kongresse noch stärker profilieren: Die Frühjahrstagung wird ab 2012 als der „Diabetes Kongress“ etabliert, die kleinere Schwester im Herbst läuft dann als Diabetes Herbsttagung. In beiden Fällen ist es der DDG wichtig, auch Unbeteiligten schnell verständlich zu machen, um was es bei diesen Kongressen geht – um das Krankheitsbild Diabetes. Noch eine weitere Änderung kommt ab 2014 hinzu: Während die Standorte der Herbstkongresse ab diesem Zeitpunkt wechseln werden, wird der Diabetes Kongress dann jährlich in Berlin stattfinden und seinen Charakter als „Hauptstadtkongress“ und wichtigste Zusammenkunft aller Diabetes-Experten in Deutschland weiter ausbauen. Sämtliche Akteure in der Diabetologie nutzen heute schon den Diabetes Kongress als Treffpunkt und Kommunikationsplattform, um sich untereinander noch besser zu vernetzen, Kontakte zu pflegen und sich auszutauschen. Die stärkere Fokussierung auf die Hauptstadt hat einen zusätzlichen positiven Effekt: Als Plattform aller an der Diabetes-Behandlung Beteiligten, wirkt sie auch als „Sprachrohr“ in Richtung Politik und Gesellschaft, was für die Volkskrankheit Diabetes besonders wichtig ist.



Weitere Informationen finden Sie unter:
www.ddg.info/kongresse.html

Neue Erkenntnisse über die Entstehung des Typ-1-Diabetes



Bei der Entstehung des Typ-1-Diabetes wird in einem komplexen Zusammenspiel von genetischer Prädisposition und Umwelteinflüssen der Prozess der Inselautoimmunität in Gang gesetzt, der über mehrere Monate oder Jahre zur Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen in den Langerhans'schen Inseln des Pankreas führt. Um mögliche Therapieansätze zu entwickeln, ist es notwendig zu wissen, wann im Leben der Prozess der Inselautoimmunität beginnt. Erst dann kann das zeitliche Fenster eingegrenzt werden, das bei der Identifizierung von möglichen Einflussfaktoren und der Durchführung von Immuntherapien von Bedeutung ist. Longitudinale Studien bei Kindern mit erhöhtem genetischem Risiko tragen dazu bei, den Zeitpunkt der Entstehung von Inselautoimmunität zu identifizieren sowie das komplexe Zusammenspiel von Umweltfaktoren und genetischen Faktoren und dessen Bedeutung für die Pathogenese der Inselautoimmunität zu erforschen.

Prävention muss früh beginnen

Neue Ergebnisse der am Institut für Diabetesforschung, Helmholtz Zentrum München, durchgeführten BABYDIAB-Studie haben nun einen konkreten Zusammenhang zwischen Inzidenz der Inselautoimmunität und Lebensalter gezeigt: Am häufigsten treten Inselautoantikörper erstmalig im Alter von neun Monaten bis zwei Jahren auf. Kinder, die in diesem frühen Alter Inselautoantikörper entwickeln, haben wiederum ein

sehr hohes Risiko bis zum zehnten Lebensjahr an Typ-1-Diabetes zu erkranken. Neu ist die Erkenntnis, dass in den ersten sechs Lebensmonaten fast keine Antikörper nachgewiesen werden konnten. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Präventionsstrategien und Immuntherapien insbesondere für das frühe Kindesalter entwickelt werden müssen.

Deswegen konzentriert sich die Erforschung von Umweltfaktoren und deren möglicher Interaktion mit Typ-1-Diabetes-Risikogenen in den letzten Jahren auf diese frühkindliche Phase. Ein erst vor Kurzem veröffentlichtes Ergebnis der BABYDIAB-Studie zeigt, dass Kinder, die per Kaiserschnitt zur Welt kamen, ein mehr als doppelt so hohes Typ-1-Diabetes-Risiko haben als Kinder, die spontan entbunden wurden. Zwar beeinflusst die Entbindungsart nicht die Entstehung von Inselautoimmunität, beschleunigt jedoch die Diabetes-Progression bei Kindern mit bereits bestehender Inselautoimmunität. Ein größeres Diabetes-Risiko durch Kaiserschnitt war vor allem nachweisbar bei Kindern mit bestimmten Varianten des Gens IFIH1 (Interferon induced with helicase C domain 1), das die Entwicklung von Typ-1-Diabetes beeinflusst. Das Protein IFIH1 ist für die Erkennung von Virus-RNA zuständig und reguliert somit die angeborene Immunabwehr gegenüber Viren. Man nimmt an, dass eine Virusinfektion das IFIH1 Gen aktiviert und es dadurch zur Ausschüttung des immunstimulierenden Proteins Interferon kommt. Dies hemmt zwar die Virusvermehrung, jedoch lockt es auch die zytotoxischen T-Zellen an, die – so nimmt man an – Betazellen erkennen und zerstören. Somit scheinen Virusinfektionen die Entwicklung von Typ-1-Diabetes zu fördern. Bei Kindern mit bestimmten Varianten dieses Gens steigt das Risiko für die Autoimmunerkrankung bei einem Kaiserschnitt sogar um etwa das Dreifache.

Steigert Kaiserschnitt das Erkrankungsrisiko?

Eine Erklärung für diese Ergebnisse ist die Tatsache, dass die Entbindung per Kaiserschnitt auf die Beschaffenheit der kindlichen Darmflora und damit auf das Immunsystem einwirkt. Unter den Mikroorganismen, die den Darm besiedeln, lassen sich bei Kindern, die per Kaiserschnitt auf die Welt kamen, zum Beispiel weniger Bifidobakterien nachweisen. Somit ähnelt die Darmflora dieser Kinder der gestörten Darmflora von Diabetikern. Bei den Bifidobakterien handelt es sich um die wichtigste Gruppe der nützlichen Darmbakterien. Sie

sind auch in der Vagina gesunder Frauen zu finden, so dass sie bei einer vaginalen Entbindung vom Säugling aufgenommen werden können. Diese Mikroorganismen erfüllen neben der Bekämpfung von Krankheitserregern und Schadstoffen vielfältige Aufgaben für das Immunsystem: So versorgen sie unter anderem die Immunzellen im Darm mit wichtigen Informationen zur Bekämpfung von Erregern, bilden Vitamine wie das Vitamin K und fördern den Aufbau der Darmschleimhaut.

Neue methodische Ansätze in der Diabetesforschung

Während der letzten fünf bis zehn Jahre wurden durch die Entwicklung und Anwendung neuer systembiologischer Methoden und Ansätze, wie z.B. Genomweiter Assoziationsstudien (GWA), Metabolomics und Deep-Sequencing Verfahren neue Möglichkeiten geschaffen, pathogenetische Mechanismen von Erkrankungen zu erforschen bzw. Menschen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko frühzeitig zu identifizieren und ihnen präventive Maßnahmen zukommen zu lassen. Die Anwendung systembiologischer Methoden bedeutet auch im Bereich des Typ-1-Diabetes einen entscheidenden Schritt hin zur personalisierten Medizin.

Metabolomics-Ansatz

Vor allem der Metabolomics-Ansatz wurde in der Typ-1-Diabetesforschung bereits angewandt. Ergebnisse der finnischen DIPP-Studie weisen darauf hin, dass eine frühe Dysregulation des Lipidstoffwechsels, die mit einer Erhöhung des oxidativen Stresses assoziiert ist, der Initiierung von Inselautoimmunität vorausgeht und möglicherweise die Entstehung des Typ-1-Diabetes beeinflusst. Somit könnte die Analyse des Stoffwechselprofils zu einem noch früheren Zeitpunkt, als es über die Bestimmung von Inselautoantikörpern möglich ist, Kinder mit erhöhtem Typ-1-Diabetes Risiko identifizieren. Des Weiteren implizieren diese Ergebnisse, dass durch eine frühzeitige Intervention, die auf eine Modifizierung des Lipid-Metabolismus abzielt, die Entstehung von Inselautoimmunität sogar verhindert werden könnte.

Ein vergleichbarer methodischer Ansatz wurde in der deutschen BABYDIAB-Studie angewandt. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass durch Veränderungen im Metabolismus Kinder identifiziert wer-

den können, die ein erhöhtes Risiko haben, sehr früh im Leben Inselautoimmunität zu entwickeln. So weisen Kinder, die früh im Leben (vor dem 2. Lebensjahr) Inselautoantikörper entwickeln, signifikant geringere Methionin-Konzentrationen auf als Kinder, die später im Leben (nach dem 8. Lebensjahr) Inselautoantikörper entwickeln. Niedrige Plasma-Methionin-Konzentrationen stellen somit einen Marker für eine frühe Initiierung des Autoimmunprozesses und der damit verbundenen raschen Progression zum Typ-1-Diabetes dar. Zusätzlich weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der Methionin-Stoffwechsel in der Pathogenese der frühen Inselautoimmunität eine Rolle spielt.

Auch im Bereich der Darm-Mikrobiom-Forschung gab es bereits erste Ergebnisse: Forscher aus den USA haben gezeigt, dass Personen mit Typ-1-Diabetes sowie Kinder mit Inselautoimmunität ein verändertes Darm-Mikrobiom aufweisen.

Zusammenfassend stellt die Anwendung systembiologischer Methoden in der Typ-1-Diabetesforschung sicherlich in naher Zukunft eine sehr wichtige Strategie dar, neue Erkenntnisse im Bereich der Pathogenese zu gewinnen, Risikophänotypen zu charakterisieren und neue Strategien zur Prävention und/oder Therapie zu entwickeln.

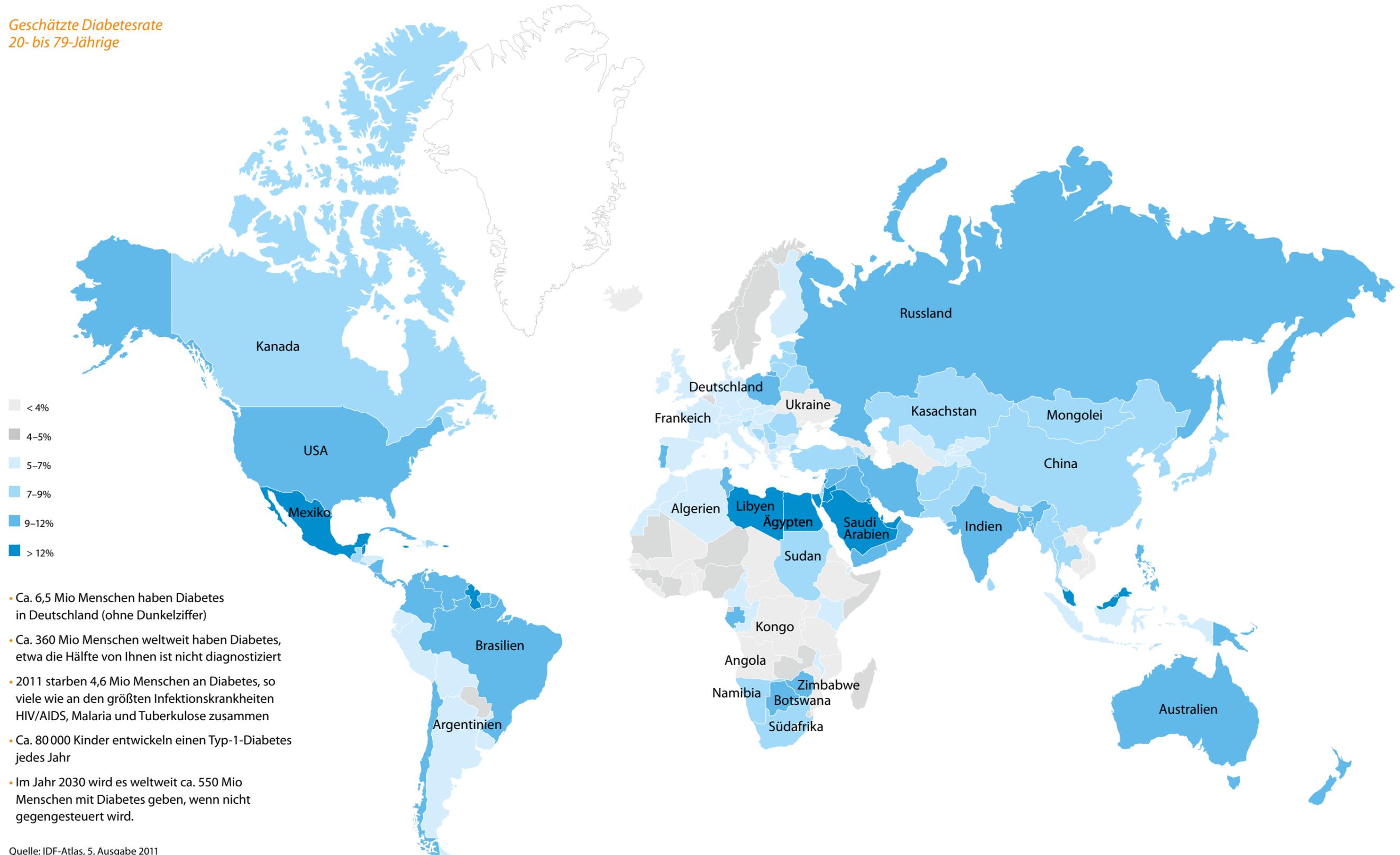


Prof. Anette-Gabriele Ziegler ist Leiterin, Dr. Sandra Hummel ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Diabetesforschung, Helmholtz Zentrum München; Forschergruppe Diabetes, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München und der Forschergruppe Diabetes e.V.

Literaturhinweise finden Sie in der Internet-Version unter www.ddg.info

Diabetes – Weltweite Pandemie

Geschätzte Diabetesrate
20- bis 79-Jährige



- Ca. 6,5 Mio Menschen haben Diabetes in Deutschland (ohne Dunkelziffer)
- Ca. 360 Mio Menschen weltweit haben Diabetes, etwa die Hälfte von Ihnen ist nicht diagnostiziert
- 2011 starben 4,6 Mio Menschen an Diabetes, so viele wie an den größten Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose zusammen
- Ca. 80 000 Kinder entwickeln einen Typ-1-Diabetes jedes Jahr
- Im Jahr 2030 wird es weltweit ca. 550 Mio Menschen mit Diabetes geben, wenn nicht gegengesteuert wird.

Quelle: IDF-Atlas, 5. Ausgabe 2011

Präventive Gesundheitspolitik – Fehlanzeige

Das Recht des Bürgers auf Zuckerbomben und den Tripple-Bypass-Burger

Fachleute wissen seit Langem um die rasante Ausbreitung der nicht übertragbaren Krankheiten. Diabetes ist ein Beispiel für diese neuen Zivilisationskrankheiten, die mit unserem Lebensstil zusammenhängen. In den 50er Jahren gab es in Deutschland kaum Menschen mit Diabetes, ihre Zahl lag bei weniger als 1% der Bevölkerung. Heute sind es mehr als 6 Millionen Menschen, Dunkelziffer nicht eingerechnet, und Hunderttausende kommen jedes Jahr hinzu. Ähnlich ist die Situation bei den anderen Volkskrankheiten Herz-Kreislaufleiden, Krebs und Atemwegserkrankungen.

Die nicht übertragbaren Krankheiten sind inzwischen weltweit zur Hauptursache von Tod, Krankheit und Behinderung geworden. In Europa entfallen hierauf nach Angaben der WHO bereits 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast. Die gemeinsamen Risikofaktoren sind schnell aufgezählt: Rauchen, schädlicher Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung. Wir konsumieren heute doppelt so viel Zucker, Salz und Fett, als uns gut täte und zu wenig Ballaststoffe. In den westlichen Ländern nehmen die Menschen durchschnittlich mehr als 4.000 kcal täglich zu sich, obwohl 2.000 bis 2.500 kcal angebracht wären. Dies hat auch in Deutschland dazu geführt, dass inzwischen 50% der Frauen und 66% der Männer als Übergewichtig gelten (Nationale Verzehrstudie II). Auch die Entwicklung bei Kindern ist besorgniserregend.

Die Skizzierung der Ursachen zeigt, dass sie weitgehend außerhalb der Kontrolle des Gesundheitssektors liegen. Der Lebensstil wird geprägt von der Familie, von der Peer-Group und vom nahen sozialen Umfeld – und zwar in den jungen Jahren.

Die entscheidende Frage ist, wie wir die ungesunde Lebensstilprägung zurückdrängen und eine ernsthafte Gesundheitsförderung betreiben können, statt eines teuren, oft ineffizienten Reparaturbetriebs.

Der Appell an die Vernunft

Die klassische Antwort der Gesundheitspolitik in Deutschland ist der Appell an die Vernunft des Einzelnen. Daneben gibt es gut gemeinte Angebote zur Gesundheitsförderung für die Einsichtigen, in Ihrer Vielzahl kaum noch überschaubar. Projekte wie „IN FORM“ oder die Plattform „Ernährung und Gesundheit“ sind

nur zwei Beispiele hierfür. Sie haben allerdings eines gemeinsam: Es sind Insellösungen, nicht eingebettet in nachhaltige Regelstrukturen, und sie sind – sieht man sich die dramatische Entwicklung der Lebensstilkrankheiten an – mit wenigen Ausnahmen erfolglos.

Aus diesen Gründen findet in der internationalen Diskussion zurzeit ein Paradigmenwechsel statt. Der erste UN-Gipfel zu den nicht übertragbaren Krankheiten im letzten Jahr und die europäische Strategie der WHO machen dies deutlich. Ohne klare bevölkerungsbezogene Präventionsstrategien und ohne deutliche Stärkung der Verhältnisprävention werden wir weiterhin scheitern. Nur wenn wir neben Aufklärung und Appell das Umfeld des Menschen so gestalten, dass „the healthy choice the easy choice“ wird, haben wir eine Chance, den Zivilisationskrankheiten wirkungsvoll entgegenzutreten.

Als wesentliche Maßnahmen empfiehlt die WHO

- stärkere Besteuerung von Tabak, Alkohol und verarbeiteten Nahrungsmitteln mit einem hohen Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfetten, Salz und Zucker, um die Nachfrage zu senken und die Lebensmittelindustrie zu motivieren, die Zusammensetzung ihrer Produkte zu verändern.
- Beschränkung der auf Kinder zielenden Werbung für Lebensmittel mit hohem Salz-, Fett- und Zuckergehalt und Verbot der Werbung für Tabakwaren.
- Verbot von Transfettsäuren in verarbeiteten Lebensmitteln und Ersetzen durch mehrfach ungesättigte Fettsäuren.
- Förderung einer gesünderen Ernährung durch entsprechende Kennzeichnungsvorschriften.
- Die Reduzierung der Salzaufnahme aus Lebensmitteln auf weniger als 5 Gramm pro Person und Tag.

Der Charme dieser Maßnahmen liegt darin, dass sie gesundheitsfördernde Signale an die Gesamtbevölkerung senden und nicht nur an die ohnehin schon Gesundheitsbewussten. Sie erfordern keine Finanzmittel, sondern generieren solche. Wenn man sozialpolitische Benachteiligungen vermeiden will, kann man die Steuermehreinnahmen verwenden für die Verbilligung ge-

sunder Lebensmittel. Ein weiterer Vorteil dieser Maßnahmen wäre, dass sie marktkonform sind und keine zusätzliche staatliche Bürokratie erfordern.

Dass deutliche Preissignale in Verbindung mit massiver Verbraucheraufklärung wirksam sein können, hat die Antiraucherkampagne gezeigt. Nach einer neuen Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich der Anteil der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren, der zur Zigarette greift, in den letzten zehn Jahren mehr als halbiert. Auch in der Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren wächst die Zahl der Nichtraucher.

In anderen Ländern wird mit der Besteuerung gesundheitsschädlicher und adipogener Lebensmittel inzwischen Ernst gemacht – über die klassischen Sondersteuern auf Tabak und Alkohol hinaus. In Deutschland haben diese Vorschläge bisher keine Befürworter in der Gesundheitspolitik. Das mag nicht nur daran zu liegen, dass wir momentan einen liberalen Gesundheitsminister haben, sondern an einer generellen Angst, die Freiheit des Individuums einzuschränken, auch wenn sie die Freiheit zugunsten der Krankheit ist. Nach dem Trauma der Diktaturen in Deutschland scheint dies eine feste ideologische Fixierung zu sein, die nur schwer aufzubrechen ist. Trotz permanenter Misserfolge baut man weiter ausschließlich auf den Appell an die Vernunft des Einzelnen.

Noch fehlt der Handlungsdruck

Augenscheinlich brauchen wir in Deutschland einen gesundheitspolitischen GAU, um eine Trendwende zu schaffen. Letztes Jahr haben wir eine Energiewende geschafft, nach einem GAU am anderen Ende der Welt. Lebensstilkrankheiten tun zunächst nicht weh, es sind schleichende Krankheiten, die keine unmittelbare Betroffenheit schaffen, sowohl was den Einzelnen betrifft wie für die Gesellschaft. Es gibt keine Bilder wie von Flutkatastrophen oder Erdbeben, und darum wird kein Handlungsdruck ausgelöst. Erst wenn der Herzinfarkt da ist, wird dies als tiefer Einschnitt empfunden und alles getan, um den nächsten zu verhindern.

Die bisherige Trägheit der Gesundheitspolitik sollte uns aber nicht daran hindern, die internationale Debatte nach Deutschland zu bringen. Wenn es die Gesund-



Die Stadt New York warnt vor den Folgen des Fastfood-Konsums

heitspolitik nicht schafft, werden wir Unterstützung erhalten aus der Finanzpolitik und aus der Wirtschaft. Der Finanzpolitik wird immer deutlicher, dass wir die Gelder für eine gute Versorgung der Kranken nicht aufbringen werden, wenn wir das Anwachsen der chronischen Erkrankungen nicht umkehren. Schon heute verursachen 20% der Versicherten 80% der Ausgaben der Krankenkassen, und das ganz überwiegend für die Behandlung chronischer Krankheiten und ihrer Folgen. Und in der Wirtschaft sieht man angesichts der demografischen Entwicklung immer klarer, dass nur eine frühzeitige Gesundheitsförderung der nachwachsenden Generationen die Gewähr für eine „fitte Belegschaft“ bietet. Finanzpolitik und Wirtschaft sind diejenigen, die der Gesellschaft als erste deutlich machen werden, dass Prävention genauso wichtig ist wie Versorgung, und zwar gerade auch im Interesse derjenigen, die auf medizinische Versorgung angewiesen sind.

Dietrich Garlichs ist Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Medial sichtbar

Die Medien- und Öffentlichkeitsarbeit einer medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft wie der DDG hat vielfältige Aufgaben und große Bedeutung. Nur wer in der öffentlichen Wahrnehmung ankommt, wird gehört – in der Politik, bei Kostenträgern, Industrie und vor allem bei den Patienten. Die DDG betreibt deswegen seit vielen Jahren eine aktive und kontinuierliche Medienarbeit, die sie heute zu einem unverzichtbaren Ansprechpartner bei Journalisten und in Redaktionen gemacht hat. Mit ihren wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen spricht die DDG sämtliche Fachmedien, aber vor allem die gesamte Bandbreite der Publikumsmedien an.

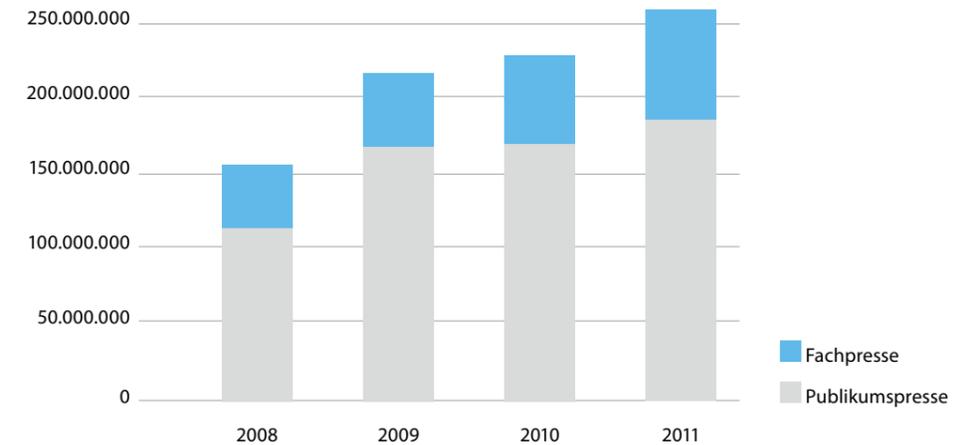
Die Themen der DDG stoßen dabei auf breite Akzeptanz und Aufmerksamkeit. Im Jahr 2011 hat die DDG Pressestelle in enger Abstimmung mit dem DDG Pressesprecher, Professor Dr. Andreas Fritsche aus Tübingen, 40 Meldungen herausgegeben. Dabei standen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso auf der Themen-Agenda wie die Kommentierung von IQWiG-Berichten oder die Ad-hoc-Reaktion auf neue Studien. Immer waren die Pressemeldungen so ausgerichtet, dass sie ärztlichen Kollegen, Bürgern, Politik und Meinungsbildnern Orientierung geben sollten und die Position der Diabetologen in Deutschland deutlich gemacht haben – mit klarem Blick auf die Bedürfnisse und Anliegen der jeweils betroffenen Patienten.

Die breite Präsenz der DDG in den Medien zeigt, dass ihre Meinungen und Positionen gefragt sind und ihre Themen und Aussagen ankommen. Im Jahr 2011 konnte sie daher die Print-Reichweite noch einmal um 28 Millionen auf 254 Millionen Kontakte steigern. Insgesamt wurden die DDG und ihre Experten in rund 2300 Print-Artikeln zitiert und benannt. 75 Prozent hiervon findet in den Publikumsmedien statt – in Tageszeitungen, Nachrichtenmagazinen, Illustrierten bis hin zur Yellow Press. Nachrichtenagenturen wie die dpa haben die DDG Themen 64 Mal aufgegriffen. Das heißt, häufiger als einmal in der Woche ging eine DDG-Botschaft über deren Ticker. Das ist ein besonderes Zeichen dafür, wie hoch die DDG als Expertengremium und verlässliche Informationsinstanz von den Medien geschätzt wird. Das ist auch im Vergleich mit anderen Fachgesellschaften eine ausgezeichnete Präsenz – obwohl das Krankheitsbild Diabetes von den Medien häufig noch nicht in seiner Dramatik und Folgeschwere erkannt wird.

Kongresse als Medien-Highlights

Ein mediales Highlight im Jahresverlauf der Fachgesellschaft bilden die beiden Kongresse – der Diabetes Kongress im Frühjahr und die Diabetes Herbsttagung. Zu diesen Anlässen verschickt die DDG im Vorfeld ebenfalls zahlreiche Pressemeldungen mit unmittelbarem

Reichweite – Medienpräsenz Entwicklung



2011: 254 Millionen Kontakte mit 2300 Print-Artikeln

Bezug auf das wissenschaftliche Kongressprogramm. Im Vorfeld und während des Kongresses finden auch Pressekonferenzen statt, bei denen Journalisten die Möglichkeit haben, mit DDG Experten ins Gespräch zu kommen. Während der beiden Kongresse besuchen rund 400 Medienvertreter die beiden DDG Veranstaltungen. Viele von ihnen berichten aktuell während und nach dem Kongress über das Geschehen und über neueste Erkenntnisse – andere sammeln Material für spätere Beiträge.

In der medialen Berichterstattung stehen Fragen des Lebensstils für Menschen mit Diabetes, wissenschaftliche Erkenntnisse und neue Therapieansätze im Vordergrund. Wie bei allen Medienthemen gilt auch hier: Das Neue, Ungewöhnliche, Existenzielle wird bevorzugt aufgegriffen. Trotzdem gelingt es der DDG immer wieder, auch wichtige Service-Themen zu platzieren. Ausgebaut hat die DDG Pressestelle außerdem die Unterstützung der zertifizierten Einrichtungen in ihrer PR-Arbeit. Jede neu zertifizierte Praxis und Klinik erhält von der DDG Pressestelle eine Muster-Pressemeldung, die sie nutzen kann – außerdem das Angebot, ihr bei ihrer Verbreitung behilflich zu sein. Das stärkt vor allem die Berichterstattung in den lokalen Medien und hilft den zertifizierten Einrichtungen, sich in ihrer Region als ausgewiesene Behandler zu profilieren.

Online-Präsenz wächst

Insgesamt nimmt auch die Präsenz der DDG in den Online-Medien kontinuierlich zu. Sie ist dort mit ihren

Botschaften in den einschlägigen Fachportalen, aber auch in den Online-Angeboten der Fach- und Publikumsmedien zu finden. Von Ärzte Zeitung Online bis bild.de wird immer wieder die DDG zitiert und auf die DDG Homepage verwiesen. Die Online-Präsenz wird auch durch die eigenen Internet-Aktivitäten der DDG bestärkt: Dazu gehört die jüngst runderneuerte Homepage unter www.ddg.info sowie die Kommunikation über Social Media-Kanäle wie Facebook. Das spiegelt sich auch im Google-Ranking wieder, das heute entscheidend für die Präsenz im Internet ist: Gibt man dort in die Suchmaschine das Stichwort „Diabetes“ ein, wird die DDG mit ihrem Auftritt als erste industriunabhängige Seite gelistet.

Voraussetzung für den medialen Erfolg einer Fachgesellschaft wie der DDG sind die enge Abstimmung zwischen Vorstand, Pressesprecher und Pressestelle, die kurzen Reaktionszeiten aller Beteiligten, das aktive Themensetzen, das der DDG immer wieder hervorragend gelingt, und die anerkannte Expertise ihrer Meinungsbildner. Auch in Zukunft wird die DDG für die Umsetzung ihrer Anliegen und Strategien dieses Potenzial nutzen und die öffentlichen Diskussionen und Meinungsbildung zum Thema Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie der Volkskrankheit Diabetes aktiv mitgestalten.



Weitere Informationen finden Sie unter: www.ddg.info/presse

Unterwegs im Stoffwechseluniversum



Dr. Sebastian Schmid: Schlaf ist sein Forschungsthema

„Wenn ich forsche, fühle ich mich wie auf einer Reise in fremde Länder“, sagt Sebastian Schmid. „Jeden Tag stehe ich mit einem Bein auf Neuland.“ 2008 hat er für seine Doktorarbeit über den Zusammenhang zwischen Schlafproblemen und Diabetes den Forschungspreis der DDG gewonnen. Auch seine Folgestudien kreisen um Schlaf, Hormone und Stoffwechsel: „Endokrinologie und Stoffwechsel sind einfach am spannendsten“, sagt der 34-jährige.

Auf der Station 41 B der Lübecker Uniklinik hat die Nachmittagschicht begonnen. In einer Ecke des Flures macht ein Pfleger Bewegungsübungen mit einem Patienten, es riecht nach Desinfektionsmitteln. Schmid trägt Turnschuhe zum weißen Kittel. „Hast du die Dokumappen gesehen?“, ruft eine Schwester ihm im Vorbeigehen zu.

Schmid führt ein Doppelleben: Auf der einen Seite ist er Arzt, macht die gleichen Dienste wie seine Kollegen, arbeitet in der Notaufnahme und wechselt von Zeit zu Zeit die Station, um Neues zu lernen. Daneben ist er Wissenschaftler. Vor sechs Jahren hat er seine Doktorarbeit abgegeben, mittlerweile ist die Habilitation eingereicht. Er ist Projektleiter im Sonderforschungsbereich Plastizität und Schlaf. Jährlich reist er auf mehrere Kongresse, arbeitet parallel an verschiedenen Forschungsprojekten.

Schmid hat junge gesunde Menschen schlafen lassen, in einem der Schlaflabors der Klinik. Einmal durften sie sieben Stunden schlafen, einmal vier Stunden, das dritte Mal durften sie gar nicht schlafen. Das Ergebnis: Schon nach einer einzigen Nacht mit verkürzter Schlafdauer befanden sich die Schlafenden in einem Stadium des Prädiabetes. „Guter Schlaf ist wichtig für einen geregelten Stoffwechsel“, sagt Schmid. „Dieses Erkenntnis ist noch nicht in der Bevölkerung angekommen.“ Zuwenig Schlaf macht bewegungsmüde und steigert Hungergefühle, stört den Zuckerstoffwechsel und fördert Diabetes. Seit seiner Doktorarbeit treibt ihn die Frage um, ab welchem Zeitpunkt der „Point of no return“ überschritten ist. Eine einzige schlaflose Nacht kann der Körper schnell ausgleichen. Aber wann beginnt sich das Gehirn die Veränderungen im Stoffwechsel zu merken und macht sie sich zu eigen? Wie wenig Schlaf ist zu wenig?

Schmid sitzt zwischen Computern und Unterlagen im Arztzimmer der Station und dreht sich langsam mit seinem Stuhl von einer Seite zur anderen. Hinter ihm hängt das Schaubild einer schokoladenfarbenen Leber. So wie die Forschung für ihn einer Reise in neue Länder gleicht, sieht er das Arztdasein als Arbeit in einem großen Garten. „Irgendwann hat man jeden Flecken schon mal angesehen, hier und da mal gegraben“, sagt er. Ohne Forschung wäre es ihm auf Dauer zu langweilig. National wie international ist die Lübecker Klinik auf dem Gebiet der Gedächtnisbildung im Schlaf führend.

„Ich wurde hier von Anfang an gefördert: Mit Freistellungen, finanziell, organisatorisch“, sagt Schmid.

Nach einigen Semestern in Frankfurt am Main kam er mitten im Studium nach Lübeck. Er wollte gerne noch eine andere Universität kennenlernen, außerdem lockte die Ostsee. Schmid ist Segler, fährt gerne mit einem Folkeboot, einer kleinen Segelyacht, auf der Lübecker Bucht. Ein-, zweimal habe er es im letzten Jahr geschafft rauszusegeln, sagt Schmid. Und wenn es nur sei, um ein Fischbrötchen im nächsten Hafen zu essen. Ansonsten ist freie Zeit bei ihm Mangelware. Seine beiden Jobs kosten Zeit und lassen wenig Raum für anderes. Noch nicht einmal zum Schlafen. „Ich schlafe eher wenig“, gesteht er ein.

„Wenn ich forsche, fühle ich mich wie auf einer Reise in fremde Länder.“

Ein Arzt für den Kiez

Laut den ausgehängten Sprechzeiten müsste längst Mittagspause sein, aber in Mahmoud Sultans Praxis in Berlin-Kreuzberg herrscht um kurz nach zwölf noch immer Hochbetrieb. Im Labor misst die auszubildende Arzthelferin Franziska Grüner den Langzeitzuckerwert bei einer Patientin, während draußen vor dem Fenster die U1 vorbeirattert. Von der Praxis sind es nur ein paar Schritte zum U-Bahnhof Schlesisches Tor. Auch im Wartezimmer sitzen noch Patienten, auf der Heizung trocknen Handschuhe und Mützen, und im Konferenzraum beginnt eine Diabetes-Schulung.

Oya Türkoklu ist Diabetesassistentin, vor sich hat sie ein Schaubild mit zwei Pfeilen. Einer zeigt in Richtung Über- der andere in Richtung Unterzuckerung. Mit ihr sitzen fünf Männer und Frauen an einem ovalen Konferenztisch. „Wie wurde Ihr Diabetes entdeckt? Hatte Sie Symptome?“, fragt Türkoklu in die Runde. „Ich war immer müde, ich hätte überall schlafen können“, sagt eine blasse Frau mit unruhigen Händen um die Fünfzig. Sie sagt „ick“, nicht „ich“. Eine zweite Frau spricht mit österreichischem, einer der drei Männer mit türkischem Akzent.

Mahmoud Sultan eröffnete seine Praxis 2006 nach 15 Jahren in der Berliner Schlosspark-Klinik. „Diabetologe bin ich eigentlich aus Versehen geworden“, sagt er, „ursprünglich wollte ich unbedingt in die Chirurgie.“ Weil Anfang der 1990er Jahre zu viele ausgebildete Ärzte gleichzeitig auf zu wenige Stellen drängten, landete er in der Inneren Medizin – und blieb da. Auch wenn er die Abrechnungsbürokratie als Plage empfindet und die Mittagspause eigentlich immer für Schreibtischarbeit draufgeht, ist er heute im Grunde genommen sehr zufrieden mit seiner Praxis. „Ich glaube die Diabetologie passt gut zu mir“, sagt er. Der 50-Jährige ist Diabetologe DDG, Praxismanagerin Heike Bartel ist DDG Diabetesberaterin und Oya Türkoklu Diabetesassistentin.

Zusammen bieten sie neben den üblichen Praxisleistungen Diabetes-Schulungen auf Deutsch, Türkisch und Arabisch an, sowie das Behandlungsprogramm Diabetischer Fuß, bei dem es darum geht, Diabetikern mit Fußverletzungen zu helfen und Amputationen zu ver-



Dr. Mahmoud Sultan hat auch außerhalb der Praxis ein offenes Ohr für seine Patienten

meiden. Mehrmals im Jahr, auch in Begleitung seiner Mitarbeiterinnen, besucht Sultan Fachkongresse und Fortbildungsveranstaltungen.

Als er 1983 zum Studieren aus Aleppo nach Berlin kam, fragte ihn sein Professor, ob es in Syrien überhaupt Labors gäbe. „Ein Witz, schließlich gibt es kaum ein anderes Land, aus dem so viele Ärzte kommen wie aus Syrien“, sagt Sultan. Er lebt mit seiner Frau und ihren Kindern in Kreuzberg – in direkter Nachbarschaft mit seinen Patienten. Da bleibt es nicht aus, dass er zum Smalltalk auf der Straße angehalten wird – oder seine Nachbarn am Wochenende mit Beschwerden an die Tür klopfen. „Die Nähe zu den Menschen ist mir wichtig“, sagt er, „die meisten Patienten wünschen sich einen Arzt, der sich auf sie einlässt.“

Dass es in der Medizin auf die ganzheitliche Betrachtung ankommt, ist eigentlich eine Binsenweisheit, im Praxisalltag aber oft schwer umzusetzen. Für intensive Gespräche bleibt bei vollem Warteraum nur wenig Zeit. „Ich arbeite hart daran, nicht abzustumpfen und versuche in meinen Patienten meinen Onkel, meinen Bruder, meine Mutter zu sehen“, sagt er. „Sie alle verdienen eine gute Behandlung, einen guten Arzt.“

„Die meisten Patienten wünschen sich einen Arzt, der sich auf sie einlässt.“

Verbreitung des Typ-2-Diabetes in Deutschland

Im aktuellen Atlas der International Diabetes Federation 2011 wurde die Prävalenz des Typ-2-Diabetes in der deutschen Bevölkerung (20–79 Jahre) mit 8,0% angegeben. Für die erwachsene Bevölkerung ist jedoch davon auszugehen, dass diese Angabe lediglich dem bekannten, diagnostizierten Typ-2-Diabetes entspricht. So waren im Telefonsurvey der GEDA-Studie des Robert-Koch-Instituts 8,8% und in der Versichertenstichprobe der AOK Hessen 7,9% der erwachsenen Bevölkerung an einem ärztlich diagnostizierten Typ-2-Diabetes erkrankt (RKI 2009, Hauner 2007).

In Deutschland wird daher die Anzahl der aufgrund eines Typ-2-Diabetes behandelten Menschen derzeit auf etwa 6,5 Millionen geschätzt. Aktuelle Ergebnisse aus dem DIAB-CORE Verbund des Kompetenznetz Diabetes (s. Grafik S. 35) zeigen erstmals erhebliche regionale Unterschiede in der Prävalenz des selbstberichteten Diabetes in Deutschland (Nordost-Süd-Gefälle, Schipf 2011). In der Altersgruppe zwischen 45–74 Jahren ist der Anteil der betroffenen Bevölkerung mit 12% in Halle demnach doppelt so hoch wie in der Region Augsburg im Süden. Die Diabetesprävalenz ist nach diesen Daten in wirtschaftlich schwachen Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit höher. Personen mit geringerem Einkommen und niedriger Bildung haben oft einen ungesunden Lebensstil und leben nicht selten in benachteiligten Stadtteilen mit hoher Arbeitslosigkeit, Luftverschmutzung und schlechter Infrastruktur, was insgesamt zu einem erhöhten Diabetesrisiko führen kann.

Diabetes senkt Lebenserwartung

Anhand der Daten aus der KORA-Studie (Augsburg) muss außerdem von einer hohen Dunkelziffer des Typ-

2-Diabetes ausgegangen werden. In KORA wurde die Gesamtprävalenz (bekannter Diabetes + Dunkelziffer) in der älteren Bevölkerung zwischen 55 und 74 Jahren auf 16,9% (Rathmann 2003) und in der Altersgruppe zwischen 35 und 59 Jahren auf 4,2% geschätzt (Meisinger 2010). In beiden Altersgruppen betrug der Anteil der neu durch einen oralen Glukosetoleranztest entdeckten Diabetesfälle etwa 50%.

Die klinische Relevanz des unbekanntes Diabetes lässt sich z. B. an der auch nach Adjustierung für andere Risikofaktoren um den Faktor 2,4 erhöhten Mortalität im Vergleich zu normoglykämischen Probanden ablesen (Kowall 2011). Ein 50-jähriger männlicher Diabetespatient hat nach einer aktuellen Schätzung gegenüber einem altersgleichen Nicht-Diabetiker eine Reduzierung der Lebenserwartung von 5,8 Jahren, bei einem 60-jährigen Diabetespatienten beträgt die Reduzierung 4,5 Jahre (Emerging Risk Factors Collaboration). Die entsprechenden Schätzungen für Frauen mit Diabetes liegen bei 6,4 Jahren (Alter 50 Jahre) bzw. 5,4 Jahren (Alter 60 Jahre). Diese verringerte Lebenserwartung wird im Wesentlichen auf kardiovaskuläre Ereignisse und Krebserkrankungen zurückgeführt, die beide häufiger bei Typ-2-Diabetes auftreten.

Aus der KORA-Studie (Rathmann 2009) liegen darüber hinaus erste Daten zur Inzidenz des Typ-2-Diabetes im Alter zwischen 55 und 74 Jahren aus dem Raum Augsburg vor. Während der sieben Jahre bis zum Follow-up erkrankten 10,5% der Probanden neu an einem Typ-2-Diabetes entsprechend einer auf die Bundesrepublik standardisierten Inzidenzrate von 15,5 pro 1000 Personenjahre (bei Männern 20,2; bei Frauen 11,3). Dies entspricht etwa 270.000 Neuerkrankungen pro Jahr in der älteren deutschen Bevölkerung.

In der Kindheit liegen die Ursachen für späteren Diabetes

Im Kindesalter erkranken in Deutschland bislang wenige Personen an Typ-2-Diabetes: Im Jahr 2010 wurde die Diabetesinzidenz in NRW für 5–19-Jährige auf 0,97 pro 100.000 Personenjahre geschätzt, die Prävalenz betrug 4,8 pro 100.000 (Rosenbauer 2010). Vorstufen des Diabetes sind jedoch bereits bei etwa 2,5% der Jugendlichen zu finden, wie eine Düsseldorfer Studie an 15-jährigen Schulabgängern zeigen konnte (Herder 2007). Darüber hinaus sind viele Risikofaktoren für einen späteren Diabetes bereits im Kindes- oder jungen Erwachsenenalter von Bedeutung wie etwa ein niedriges Geburtsgewicht, eine rasche Gewichtszunahme in den folgenden Lebensjahren, Übergewicht, Fehlernährung, Tabakkonsum und ein bewegungsarmes Freizeit- und Sportverhalten. Diese Risikokonstellation steht bei Kindern- und Jugendlichen in Verbindung mit einer

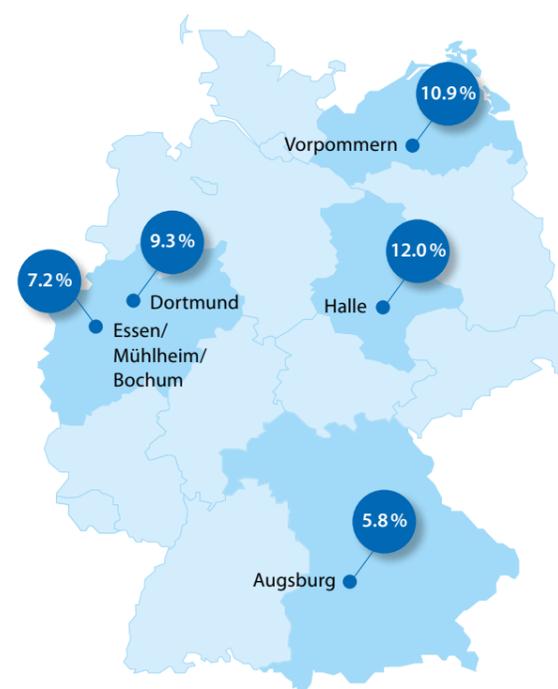


Insulinresistenz. Die Insulinresistenz und damit auch das Risiko, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken, steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Ein rapider Anstieg der Diabetesinzidenz und -prävalenz ist etwa ab dem 50. Lebensjahr zu beobachten (RKI 2009).

1,5 Millionen mehr Erkrankte bis 2030

Dieser Erkrankungsgipfel im höheren Lebensalter hat Konsequenzen für die voraussichtliche Entwicklung des Typ-2-Diabetes in Deutschland. Prognosen der Bevölkerungsentwicklung sehen in den nächsten 20 Jahren gerade beim Anteil der Menschen über 60 Jahren einen starken Zuwachs, während der Anteil der Kinder und jungen Erwachsenen weiter sinken wird („Alterung der Gesellschaft“). Diese Prognose in Kombination mit der hohen Inzidenz des Typ-2-Diabetes legt nahe, dass es in den nächsten 20 Jahren zu einem weiteren Anstieg der Prävalenz des Typ-2-Diabetes kommen wird. Eine modellbasierte Schätzung des Deutschen Diabetes-Zentrums berücksichtigt neben der Demografie mit einer Zunahme der Anzahl älterer Menschen auch die Zahl der Neuerkrankungen und Daten zur Sterblichkeit (Brinks 2011). Für die Altersgruppe der 55- bis 74-jährigen Männer sagt diese Modellrechnung bis 2030 einen Zuwachs um fast eine Million Personen mit Diabetes voraus (plus 79 Prozent). Bei den Frauen dieser Altersgruppe wird ein Anstieg um eine halbe Million Betroffene prognostiziert (plus 47 Prozent).

Prävalenz des bekannten Typ-2-Diabetes

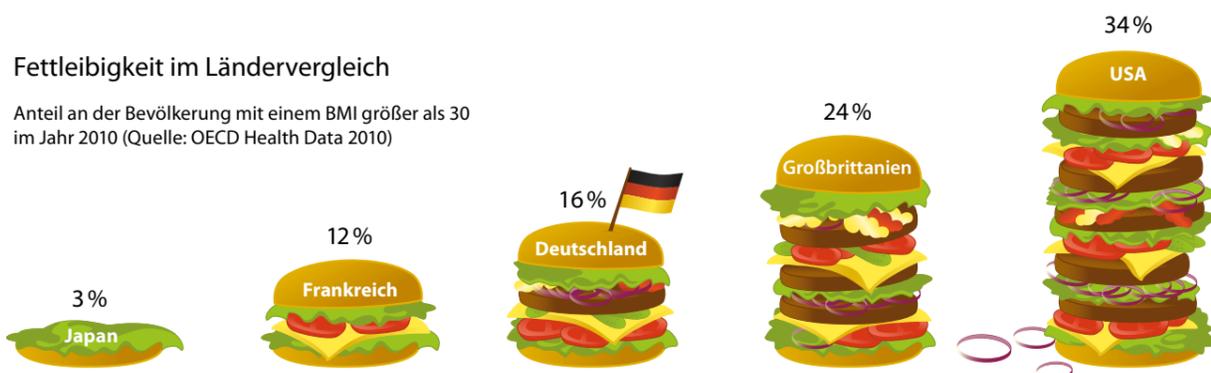


Altersgruppe 45–74 Jahre

Quelle: DIAB-CORE
N = 15.071, Meta-Analyse populationsbasierter Studien,
Zeitraum 1997–2004

Fettleibigkeit im Ländervergleich

Anteil an der Bevölkerung mit einem BMI größer als 30 im Jahr 2010 (Quelle: OECD Health Data 2010)



Dr. Wolfgang Rathmann ist Leiter, Dr. Teresa Tamayo ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Epidemiologie am Institut für Biometrie und Epidemiologie des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Literaturhinweise finden Sie in der Internet-Version unter: www.ddg.info

DDG Stellungnahmen 2011



Verordnung von GLP1-Analoga nicht ändern

Die Verwaltungspraxis von sogenannten inkretin-basierten Wirkstoffen wie DDP4-Hemmern (Sitagliptin, Vildagliptin, Saxagliptin) oder GLP1-Analoga (Exenatide, Liraglutide) ist aus Sicht der DDG beizubehalten. Die DDG bezieht damit Stellung zu der ungewöhnlichen Wiedervorlage einer Studie von Michael Elashoff und Kollegen von der University of California, Los Angeles in der Zeitschrift „Gastroenterology“. Die Autoren wiesen für die betroffenen Patienten ein erhöhtes Risiko aus, eine Entzündung oder Krebs der Bauchspeicheldrüse zu erleiden. Die publizierten Daten – so die Einschätzung der DDG – lassen keine abschließende Aussage zu. Sie machten aber deutlich, dass eine längerfristige Beobachtung notwendig ist. (Juni 2011)



Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) rät, vom Gebrauch pioglitazonhaltiger Arzneimittel abzusehen

Am 10. Juni 2011 hat das BfArM in einer Pressemeldung vom Gebrauch pioglitazonhaltiger Arzneimittel abgeraten. Grund hierfür ist laut BfArM eine neue Studie aus Frankreich, die eine Erhöhung des Risikos für Blasenkrebs durch Pioglitazon nahelegt. Die Daten dieser und anderer neuerer Studien haben Anlass dafür gegeben, dass die amerikanische und europäische Arzneimittelbehörde (FDA und EMA) diese kurzfristig überprüfen werden. Diese Überprüfungen sollten nach Meinung der DDG für weitergehende Empfehlungen abgewartet werden, bis dahin sollten keine Neuverschreibungen erfolgen. Aus Sicht der DDG sollte Pioglitazon nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt und unter dessen Aufsicht abgesetzt werden. (Juni 2011)



Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bezweifelt Nutzen einer langfristigen normnahen Blutzuckersenkung

Die DDG widerspricht der Schlussfolgerung des „Rapid Reports“ des IQWiG, dass „der Nutzen einer normnahen Blutzuckersenkung unklar bleibe“. Im Gegenteil ist der Nutzen einer normnahen Blutzuckersenkung bezüglich der Vermeidung von Folgeerkrankungen insbesondere der Augen, der Niere und des Herzens eindeutig belegt. Dies sehen auch die Stellungnahmen der amerikanischen Diabetesgesellschaft so. Die Aussage des IQWiGs, dass sich „die Ergebnisse des aktuellen IQWiG-Berichts mit denen von Übersichtsarbeiten und Metaanalysen decken, die andere Wissenschaftler in jüngerer Zeit durchgeführt und vorgelegt haben“, stimmt somit nicht.

Die DDG hat bereits im Jahre 2008 die Ergebnisse der neueren Studien (ADVANCE und ACCORD), kritisch bewertet und in ihre Leitlinien mit aufgenommen. (Juli 2011)



Magenoperationen kein Allheilmittel gegen Diabetes

Laut der „Expertengruppe Metabolische Chirurgie“ könnten 70 Prozent der extrem Übergewichtigen durch Magenoperationen von drohenden Stoffwechselschäden befreit werden. Demzufolge kämen jährlich 20 000 Menschen in Deutschland für einen solchen Eingriff in Frage. Die DDG warnt vor der Magen-Bypass-Chirurgie als Allheilmittel für Diabetespatienten. Die DDG sieht darin eine wissenschaftlich nicht belegte Propagierung einer nicht langfristig geprüften Therapieoption. Stattdessen deuten neue Daten darauf hin, dass der Erfolg zeitlich begrenzt ist. (September 2011)



Einschränkung von Urin- und Blutzuckerteststreifen für nicht-insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker

Zum 1. Oktober 2011 wurde ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) rechtskräftig, nachdem die Verordnung von Urin- und Blutzuckerteststreifen für nicht-insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker eingeschränkt wird. Die DDG kritisiert diese Entscheidung massiv und begrüßt, dass es laut G-BA Ausnahmeregelungen gibt. Vertragsärztinnen und -ärzte können Harn- und Blutzuckerteststreifen weiterhin verordnen, wenn eine instabile Stoffwechsellaage vorliegt. Die Verordnung ist dann auf maximal 50 Teststreifen pro Behandlungssituation beschränkt. Allerdings muss der Arzt die Indikationen für eine „instabile Stoffwechsellaage“ zunächst eindeutig feststellen. Dazu gehören beispielsweise Anzeichen einer erhöhten Rate an Hypo- bzw. Hyperglykämien oder die Ersteinstellung bzw. Therapieumstellung auf ein orales Antidiabetikum mit erhöhtem Hypoglykämierisiko. (September 2011)



Der Gemeinsame Bundesausschuss plant ärztliche Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen zu übertragen

Die DDG begrüßt jede arzentlastende Regelung im Sinne einer qualifizierten Delegation und die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Eine Übertragung und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten wird jedoch im Interesse der Patienten abgelehnt. Patientinnen und Patienten haben das Recht auf eine Behandlung nach Facharztstandard. Dieses Recht wird gefährdet, wenn den nichtärztlichen Berufsgruppen Tätigkeiten en bloc in eigene Verantwortung und zur selbstständigen Ausübung übertragen werden. Nur der Arzt kann entscheiden, welche Tätigkeiten unter welchen Voraussetzungen im Einzelfall von Nichtärzten ausgeführt werden dürfen.

Für die qualifizierte Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Bereich der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 stehen die seit 25 Jahren in Deutschland nach einem einheitlichen Curriculum in derzeit fünf Weiterbildungsstätten fortgebildeten Diabetesberaterinnen und Diabetesberater DDG zur Verfügung. (Dezember 2011)

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

Rund um die chronische Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus haben sich im Laufe der Jahre unzählige selbständige Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Verbände gebildet. Um einer weiteren Zersplitterung der Diabetes-Szene entgegenzuwirken, hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Ende 2008 zusammen mit dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) die Gesamtorganisation diabetesDE gegründet, mit dem Auftrag, möglichst viele Kräfte zu bündeln. Seitdem ist diabetesDE die Interessenvertretung der Menschen mit Diabetes, Diabetesberater, Ärzte und Forscher und setzt sich für eine bessere Prävention, Versorgung und Forschung im Kampf gegen die Volkskrankheit Diabetes ein. diabetesDE ist ein eingetragener Verein, der ausschließlich gemeinnützige Zwecke verfolgt. Die primären Aufgaben von diabetesDE sind einerseits eine breite Öffentlichkeitsarbeit zur Aufklärung der Bevölkerung und andererseits eine gesundheitspolitische Interessenvertretung. Gemeinsames Ziel aller Beteiligten ist eine Nationale Diabetes-Strategie. Transparenz, Unabhängigkeit, gesamtgesellschaftliche Verantwortung, Ethik und Wirtschaftlichkeit prägen das Handeln der gemeinnützigen Organisation.

Für das Erreichen dieser Ziele wird diabetesDE von seinen Gründungsorganisationen jährlich mit einer Fördersumme unterstützt. Für das Jahr 2012 wurden von der DDG hierfür 480 000 Euro bewilligt.

3 Jahre diabetesDE – eine Kurzanalyse

Vorbilder von diabetesDE sind die großen Diabetes-Organisationen in den USA (American Diabetes Association) und Großbritannien (Diabetes UK), die unter einem Dach die Kräfte der Fachprofis und der Betroffenen bündeln, um politisch und gesellschaftlich mit einer Stimme zu sprechen. Das britische Zweikammermodell ist auch für Deutschland die optimale Lösung und so hat diabetesDE dem Deutschen Diabetiker Bund (DDB) mit der sogenannten „Meininger Erklärung“ im Januar 2010 angeboten, als selbständige Organisation diabetesDE beizutreten, um die Interessenvertretung der Betroffenen innerhalb der Gesamtorganisation diabetesDE zu stärken. Paritätisch sollte ein gemeinsamer Vorstand, bestehend aus den Fachprofis und den Betroffenen, gewählt werden. Viele Gespräche und Gremiensitzungen beider beteiligter Verbände haben seitdem stattgefunden, um die Einzelheiten des

Zusammenwachsens auszuloten. Leider ist es bis heute nicht gelungen, diese Verhandlungen erfolgreich abzuschließen. Nach wie vor wird dennoch eine bundesweite Lösung mit dem DDB angestrebt, um einer weiteren Zersplitterung der deutschen Diabetes-Szene entgegenzuwirken.

Abgesehen von diesem noch nicht geklärten Punkt kann diabetesDE nach drei Jahren stolz zurückblicken auf das, was erreicht wurde: eine breite Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, eine inzwischen national und international anerkannte politische Interessenvertretung und ein großes Netzwerk mit starken Partnern aus Gesundheitswesen und Wirtschaft.

Diabetes zum Gesellschaftsthema machen

Um die zwingende Relevanz zur Aufklärung über Diabetes zu unterstreichen, setzt diabetesDE alles daran, Diabetes ähnlich wie Krebs oder AIDS endlich zum Gesellschaftsthema zu machen. Um Öffentlichkeit zu schaffen, geht die Organisation auch ungewöhnliche Wege, indem sie betroffene und nicht-betroffene prominente Fürsprecher bei medienwirksamen PR-Aktionen einsetzt. Zudem werden Botschaften für verschiedene Zielgruppen und Medien aufbereitet: Über 100 Pressemitteilungen versendet diabetesDE pro Jahr, je nach Aktualität mit wissenschaftlichem, gesundheitspolitischem oder serviceorientiertem Hintergrund. Die Reichweite der Medienberichterstattung konnte allein im Jahr 2011 auf 119 Millionen im Vergleich zu 53 Millionen Lesern im Jahr 2010 gesteigert werden.

Forderung nach einem Nationalen Diabetes-Plan

Auch in der politischen Interessenvertretung kann diabetesDE erste größere Erfolge vorweisen: Im September 2011 nahm diabetesDE als einzige europäische Mitgliedsorganisation der IDF in New York am 1. UN-Gipfel zu den „Nichtübertragbaren Krankheiten“ teil. 86% der Todesfälle und 77% der Krankheitslast in Europa werden durch nichtübertragbare Krankheiten hervorgerufen. Um die politische Schlagkraft zu erhöhen, hatte diabetesDE im Vorfeld eine deutsche Allianz mit anderen Gesundheitsverbänden geschlossen. Auf dem UN-Gipfel wurde eine „Politische Deklaration“ verabschiedet mit dem Ziel der Etablierung nationaler Aktionspläne bis 2013. Dies

nimmt diabetesDE zum Anlass, den Druck auf die Regierung zu erhöhen, endlich auch in Deutschland einen Nationalen Diabetes-Plan zu etablieren. Mehrfach ist diabetesDE in Berlin in den vergangenen Monaten mit Entscheidern der Politik zusammengetroffen, um diese Notwendigkeit hervorzuheben.

Neuer Slogan – Deutsche Diabetes-Hilfe

Je mehr diabetesDE in die Öffentlichkeit geht, umso mehr muss die Organisation mit den Inhalten ihres Handelns und Tuns auf Anhieb in Verbindung gebracht werden können. Dem bisherigen Slogan „Handeln, Helfen, Heilen“ fehlte ein solches Alleinstellungsmerkmal und so wurde mit dem neuen Zusatz „Deutsche Diabetes-Hilfe“ ein Begriff gefunden, der auf den ersten Blick erklärt, wofür die Organisation steht: diabetesDE hilft den Betroffenen selbst, hilft, über die Krankheit Diabetes aufzuklären und den Diabetes zu erforschen, und hilft mit Spendenprojekten vielen Menschen, besser mit ihrem Diabetes umzugehen. diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe unterstützt inzwischen fünf Spendenprojekte, von der Ferienfreizeit für Kinder mit Typ-1-Diabetes bis zur mobilen Diabetes-Schulung. Allein 2011 konnte diabetesDE mehr als 100 000 Euro an Spendeneinnahmen verzeichnen.

Diabetes-Charity-Gala

Als besonderes Highlight für 2011 kann die glanzvolle 1. Diabetes-Charity-Gala im Berliner Meistersaal zugunsten von zwei diabetesDE-Spendenprojekten bezeichnet werden. In einem würdevoll-festlichen Rahmen, untermalt mit Musik der Berliner Philharmoniker wurde auch erstmals der „Thomas-Fuchsberger-Preis“ im Gedenken an den verstorbenen Typ-1-Diabetiker Thommy Fuchsberger, Sohn von Showlegende Joachim Fuchsberger, verliehen. Tief bewegt überreichte „Blacky“ selbst den Preis der Jury an Heidrun Schmidt-Schmiedebach für ihr Projekt „Insulin zum Leben“.

Die Veranstaltung wird auch 2012 in einem festlichen Rahmen fortgesetzt.



Übergabe des Thomas-Fuchsberger-Preis 2011, v.l.n.r.: Thomas Danne, Blacky Fuchsberger, Heidrun Schmidt-Schmiedebach (Preisträgerin), Hellmut Mehnert

Markenzeichen Weltdiabetestag

Auch die zentrale Patientenveranstaltung zum Weltdiabetestag ist inzwischen ein Markenzeichen von diabetesDE geworden. 2011 verfolgten rund 5 000 Besucher im ICC Berlin mehr als 40 Fachvorträge und informierten sich an den Ständen der Industrieausstellung. Als Publikumsmagnet hat sich die Einbindung von Prominenten entwickelt: In den letzten Jahren engagierten sich u.a. Paul Breitner, Heide Rosendahl, Matthias Steiner, Joachim Fuchsberger, Maite Kelly sowie diverse Sterne-Köche. Der Weltdiabetestag steht seit drei Jahren unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministeriums.

So hat diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe in den ersten drei Jahren ihres Bestehens schon viel bewegen können und ist für Politik, Medien und die gesamte Fachszene fester Ansprechpartner in der deutschen Diabeteslandschaft geworden.

Nicole Mattig-Fabian, Geschäftsführerin diabetesDE

Bilanz

Aktiva	31.12.2011	31.12.2010
	€	T€
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
1. Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	99.603,00	192
II. Sachanlagen		
1. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	42.049,03	46
III. Finanzanlagen		
1. Wertpapiere des Anlagevermögens	2.411.325,00	2.018
Summe Anlagevermögen	2.552.977,03	2.256
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen, sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	25.859,00	62
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 € (Vorjahr 0 T€)		
2. Sonstige Vermögensgegenstände	49.435,77	48
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 € (Vorjahr 0 T€)		
	75.294,77	110
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	281.333,75	604
C. Rechnungsabgrenzungsposten	186.890,00	189
Summe Aktiva	3.096.495,55	3.159
Passiva		
	31.12.2011	31.12.2010
	€	€
A. Eigenkapital		
I. Ergebnismrücklagen	2.625.793,68	2.361
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	51.718,00	121
C. Rückstellungen		
1. Sonstige Rückstellungen	84.803,33	15
D. Verbindlichkeiten		
1. Erhaltene Anzahlungen auf Bestellungen	207.093,50	415
2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	109.184,31	204
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 109.184,31 EUR (Vorjahr 204 T€)		
3. Sonstige Verbindlichkeiten	17.602,73	43
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 17.602,73 EUR (Vorjahr 6 T€)		
	333.880,54	662
E. Rechnungsabgrenzungsposten	300,00	0
Summe Passiva	3.096.495,55	3.159

Gewinn- und Verlustrechnung

	2011	2010
	€	T€
1. Umsatzerlöse	1.678.771,60	1.648
2. Sonstige betriebliche Erträge	810.382,40	867
	2.489.154,00	2.515
3. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren	4.466,03	18
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	634.616,55	731
Summe Materialaufwand	639.082,58	749
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	282.511,11	361
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	46.811,64	63
davon für Altersversorgung 5.145,98 EUR (Vorjahr 2 TEUR)		
	329.322,75	424
Zwischenergebnis	1.520.748,67	1.342
5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen		
	106.741,85	115
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	1.239.109,20	1.271
Zwischenergebnis	174.897,62	-44
7. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	72.850,68	94
8. Abschreibungen auf Finanzanlagen und Wertpapiere des Umlaufvermögens	13.350,00	1
Finanzergebnis	59.500,68	93
9. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	234.398,30	49
10. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	668,35	0
11. Jahresüberschuss	233.729,95	49
12. Ergebnisverwendung	-233.729,95	-49
13. Bilanzergebnis	0,00	0

Einnahmen-Ausgaben-Rechnung

Ausgaben	2011	2010	Veränderung
	€	€	%
1. Wissenschaftsförderung und Leitlinien			
1.1 Preise und Projektförderung	293.600,00	259.528,47	13,1
1.2 Wissenschaftliche Zeitschriften	91.954,17	93.023,78	1,1
1.3 Leitlinien	926,58	62.256,88	98,5
1.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u.a.	14.350,00	14.200,00	1,1
1.5 Gremienarbeit	50.786,25	34.257,18	48,2
Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien	451.617,00	463.266,31	2,5
2. Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung			
2.1 Fortbildung Diabetologie DDG	91.032,13	229.573,22	60,3
2.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG	457.390,00	426.445,00	7,3
2.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung	43.381,75	104,74	-
Summe Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung	591.803,88	656.122,96	9,8
3. Kommunikation und Mitgliederbetreuung			
3.1 Medienarbeit/Internet	51.218,81	39.742,50	28,9
3.2 Mitgliederbetreuung	11.656,40	21.961,53	46,9
Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung	62.875,21	61.704,03	1,9
4. Unterstützung diabetesDE e. V.	540.000,00	600.000,00	10,0
5. Personalkosten			
5.1. Gehälter	237.779,23	258.106,05	7,9
5.2. Personalnebenkosten	46.632,77	61.128,23	23,7
5.3. Sonstiges	48.463,46	73.855,98	34,4
Summe Personalkosten	332.875,46	393.090,26	15,3
6. Verwaltung			
6.1 Büromiete und Nebenkosten	32.422,77	63.928,19	49,3
6.2 Büroausstattung und -material	10.186,76	12.442,34	18,1
6.3 Telefon/Telefonkonferenzen	3.718,47	6.606,56	43,7
6.4 Laufende EDV-Kosten	33.420,49	49.181,41	32,0
6.5 Reisekosten/Bewirtung	14.970,08	7.010,81	-
6.6 Beratung	39.774,02	68.309,52	41,8
6.7 Sonstiges	22.969,57	13.884,96	65,4
Summe Verwaltung	157.462,16	221.363,79	28,9
7. Investitionen			
7.1 EDV/Software	5.801,85	136.674,55	95,8
7.2 Betriebs- und Geschäftsausstattung	3.907,99	14.659,14	73,3
Summe Investitionen	9.709,84	151.333,69	93,6
8. Sonstige Kosten	0,00	11.854,37	-
Ausgaben gesamt	2.146.343,45	2.558.735,41	16,1
Einnahmen			
10. Einnahmen			
10.1 Mitgliedsbeiträge	705.780,00	689.660,00	2,3
10.2 Anerkennung Behandlungseinrichtungen	136.200,00	290.400,00	53,1
10.3 Sponsoring / Zuwendungen	95.800,00	62.000,00	54,5
10.4 Kursgebühr Weiterbildung Diabetesberater DDG	586.842,00	504.675,00	16,3
10.5 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG Fuß	17.059,54	9.911,59	72,1
10.6 Erlöse Provisionen Zeitschriften	54.668,06	46.168,78	18,4
10.7 Spenden und Sponsoring	104.591,12	102.455,91	2,1
10.8 Frühjahrstagung	525.000,00	550.000,00	4,5
10.9 Herbsttagung	152.500,00	126.875,00	20,2
10.10 Sonstige Einnahmen	104.790,68	98.813,25	6,0
Einnahmen gesamt	2.483.213,40	2.480.959,53	0,1
Überschuss	336.869,85	-77.775,88	
Wesentliche zahlungsunwirksame Vorgänge	-103.139,90	127.146,88	
Ergebnis der Gewinn- und Verlustrechnung	233.729,95	49.371,00	

Erläuterung zu wesentlichen Veränderungen

Die **Ausgaben** des DDG e. V. haben sich 2011 gegenüber dem Vorjahr um 412 T€ reduziert. Bei nahezu gleichbleibenden Einnahmen hat sich der Überschuss gegenüber 2010 um 414 T€ verbessert. Die Rücklagen konnten um 265 T€ auf 2.626 T€ zum 31. Dezember 2011 erhöht werden. Die Finanzlage des Vereins ist weiterhin sehr stabil. Es sind liquide Mittel und sofort veräußerbare Wertpapiere des Anlagevermögens etwa in Höhe eines Jahresbudgets vorhanden.

Die Ausgaben für **Wissenschaftsförderung und Leitlinien** sind um 11 T€ auf 452 T€ gesunken, da im Geschäftsjahr nahezu keine Aufwendungen für die Erstellung von Leitlinien angefallen sind (-61 T€). Dem stehen gestiegene Ausgaben (+17 T€) für die Gremienarbeit durch die Ausweitung der Sitzungsanzahl des Vorstands und der Ausschüsse sowie Mehrausgaben für die Preise und Projektförderung (+34 T€) gegenüber dem Vorjahr entgegen.

Die Ausgaben für **Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung** haben sich gegenüber dem Vorjahr um 64 T€ verringert. Dies beruht darauf, dass sich Ausgaben für die Fortbildung Diabetologie DDG gegenüber dem Vorjahr um 139 T€ reduziert haben, da im Berichtsjahr nur ein Fortbildungskurs (2010 zwei) ausgerichtet wurde. Demgegenüber sind die Ausgaben für die Kostenerstattung der Gutachter für Zertifizierungen um 43 T€ gestiegen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass ab dem Jahr 2011 eine pauschale Kostenerstattung für die Gutachter des Ausschusses QSW eingeführt wurde und darüber hinaus Aufwendungen für die Fortentwicklung der Zertifizierung von Behandlungseinrichtungen als Diabetologikum DDG entstanden sind.

Die **Personalkosten** nahmen gegenüber dem Vorjahr um 60 T€ auf 333 T€ ab. Wegen des Umzugs der Geschäftsstelle von Bochum nach Berlin waren 2010 Aufwendungen für das Personal in der Übergangszeit an beiden Orten angefallen.

Im Bereich der **Verwaltung** konnten die Ausgaben um 64 T€ gegenüber dem Vorjahr reduziert werden. Im letzten Quartal des Jahres 2010 waren sowohl Miete für die Geschäftsräume in Berlin als auch in Bochum entstanden, sodass die Ausgaben insgesamt um 32 T€ gesunken sind. Darüber hinaus sind die Ausgaben für Beratung um 29 T€ gesunken, da im Jahr 2010 ein Mehraufwand infolge der Auflösung der Geschäftsstelle in Bochum angefallen war.

Bei den **Investitionen** ist ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 142 T€ zu verzeichnen. 2010 wurde das Projekt DIAMAX-DE abgeschlossen, für das im Berichtsjahr keine Aufwendungen mehr notwendig waren.

Die **Gesamteinnahmen** haben sich insgesamt gegenüber dem Vorjahr geringfügig um 2 T€ auf nunmehr 2.483 T€ erhöht. Die Einnahmen aus den Kursgebühren Diabetologie DDG nahmen

gegenüber dem Vorjahr um 154 T€ ab. Die Verringerung ergibt sich daraus, dass im Jahr 2011 nur ein Kurs stattfand. Die Mehreinnahmen aus den übrigen Bereichen konnten den Rückgang kompensieren.

Bescheinigung zum Jahresabschluss 2011

Wir haben auftragsgemäß den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung – des Deutsche Diabetes-Gesellschaft e. V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2011 unter Beachtung der deutschen handelsrechtlichen Vorschriften erstellt. Grundlage für die Erstellung waren die uns vorgelegten Belege, Bücher und Bestandsnachweise, die wir auftragsgemäß nicht geprüft, wohl aber auf Plausibilität beurteilt haben, sowie die uns erteilten Auskünfte. Die Buchführung sowie die Aufstellung des Inventars und des Jahresabschlusses nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter des Vereins.

Wir haben unseren Auftrag unter Beachtung des IDW (Institut der Wirtschaftsprüfer) Standards „Grundsätze für die Erstellung von Jahresabschlüssen“ (IDW S7) durchgeführt. Dieser umfasst die Entwicklung der Bilanz und der Gewinn- und Verlustrechnung auf Grundlage der Buchführung und des Inventars sowie der Vorgaben zu den anzuwendenden Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden. Zur Beurteilung der Plausibilität der uns vorgelegten Belege, Bücher und Bestandsnachweise, haben wir Befragungen und analytische Beurteilungen vorgenommen, um mit einer gewissen Sicherheit auszuschließen, dass diese nicht ordnungsgemäß sind. Hierbei sind uns keine Umstände bekannt geworden, die gegen die Ordnungsmäßigkeit der uns vorgelegten Unterlagen und des auf dieser Grundlage von uns erstellten Jahresabschlusses sprechen.



Solidaris Revisions-GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Zweigniederlassung Berlin

René Stolzenburg
Wirtschaftsprüfer

Joris Pelz
Wirtschaftsprüfer

Vorstand und Geschäftsführung



Vorstand DDG

- | | | |
|--|---|--|
| 1 Prof. Dr. Stephan Matthaei
<i>Präsident</i> | 4 Prof. Dr. Andreas Fritsche
<i>Schatzmeister</i> | 7 Prof. Dr. Harald Klein
<i>Tagungspräsident 2013</i> |
| 2 PD Dr. Erhard Siegel
<i>Vizepräsident</i> | 5 Prof. Dr. Thomas Haak
<i>Tagungspräsident 2012</i> | 8 Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler |
| 3 Dr. Eva-Maria Fach | 6 Prof. Dr. Monika Kellerer | 9 Dr. Ralph Ziegler |

Geschäftsführung DDG

- 10 Dr. Dietrich Garlichs
Geschäftsführer

Gremien der DDG



Ausschüsse und Kommissionen

- | | | |
|---|--|--|
| 1 Rechtsanwalt Oliver Ebert
<i>Vorsitzender Ausschuss Soziales</i> | 4 Prof. Dr. Harald Klein
<i>Vorsitzender Ausschuss Pharmakotherapie des Diabetes</i> | 7 Prof. Dr. Andreas F. H. Pfeiffer
<i>Vorsitzender Ausschuss Ernährung</i> |
| 2 PD Dr. Martin Füchtenbusch
<i>Vorsitzender Ausschuss Diabetologe DDG</i> | 5 Prof. Dr. Michael Nauck
<i>Vorsitzender Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte</i> | 8 Dr. Alexander Risse
<i>Vorsitzender Kommission zur Einbindung der Apotheker in die Diabetikerversorgung</i> |
| 3 PD Dr. Michael Hummel
<i>Vorsitzender Ausschuss Diabetologe DDG</i> | 6 Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch
<i>Vorsitzender Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung</i> | 9 Prof. Dr. Markus Tiedge
<i>Vorsitzender Ausschuss „Conflict of Interest“</i> |

Arbeitsgemeinschaften

- | | | |
|--|--|---|
| 10 Prof. Dr. Klaus Badenhoop
<i>Sprecher Arbeitsgemeinschaft Molekularbiologie und Genetik des Diabetes</i> | 13 PD Dr. Michael Hummel
<i>Sprecher Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft</i> | 16 Prof. Dr. Rüdiger Landgraf
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Prävention des Diabetes mellitus Typ 2</i> |
| 11 Irene Feucht
<i>Sprecherin Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie</i> | 14 Prof. Dr. Stephan Jacob
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Herz</i> | 17 PD Dr. K. D. Lemmen
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Auge</i> |
| 12 Prof. Dr. Helmut R. Henrichs
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetologische Technologie</i> | 15 PD Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie</i> | |

Gremien der DDG



Arbeitsgemeinschaften

- | | | |
|--|---|---|
| 1 Prof. Dr. Ralf Lobmann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetischer Fuß | 4 PD Dr. Ulrike Rothe
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft
Epidemiologie | 7 Dr. Dr. Andrej Zeyfang
Vorsitzender Arbeitsgemein-
schaft Diabetes und Geriatrie |
| 2 PD Dr. Andreas Neu
Sprecher Arbeitsgemeinschaft
pädiatrische Diabetologie | 5 Dr. Heinz Rüßmann
Vorsitzender Arbeits-
gemeinschaft niedergelassener
diabetologisch tätiger Ärzte | 8 Prof. Dr. Dan Ziegler
Vorsitzender Arbeits-
gemeinschaft Diabetes und
Nervensystem |
| 3 Dr. Batuhan Parmakerli
Vorsitzender Arbeitsgemein-
schaft Diabetes und Migranten | 6 PD Dr. Ute Schäfer-Graf
Sprecherin Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Schwangerschaft | 9 Dr. Peter Zimmer
Vorsitzender Arbeits-
gemeinschaft Diabetes und Sport |

Ohne Abbildung:

Dr. Christof Klooß, Sprecher Arbeitsgemeinschaft für Strukturierte Diabetestherapie)
Prof. Dr. Gunter Wolf, Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Niere



Regionalgesellschaften/Landesgruppen

- | | | |
|--|--|---|
| 1 Dr. Silke Haschen
Vorsitzende Thüringer
Gesellschaft für Diabetes und
Stoffwechselkrankheiten e. V. | 5 Prof. Dr. Harald Klein
Vorsitzender Nordrhein-
Westfälische Gesellschaft für
Endokrinologie & Diabetologie
e. V. | 9 Dr. Thea Schirop
Vorsitzende Berliner Diabetes-
Gesellschaft e. V. |
| 2 Dr. Bärbel Hirschhäuser
Vorsitzende Arbeitskreis
„Diabetes“ im Saarländischen
Ärzteverband | 6 Prof. Dr. Tobias Lohmann
Vorsitzender Sächsische
Gesellschaft für Stoff-
wechselkrankheiten und
Endokrinopathien e. V. | 10 Prof. Dr. Morten Schütt
Vorsitzender Schleswig-
Holsteinische Gesellschaft für
Diabetes |
| 3 Prof. Dr. Reinhard Holl
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetologie Baden-
Württemberg | 7 Dr. Hans-Joachim Lüddeke
Vorsitzender Fachkommission
Diabetes in Bayern (FKDB) e. V. | 11 PD Dr. Erhard G. Siegel
Vorsitzender Hessische
Fachvereinigung für Diabetes |
| 4 Prof. Dr. Wolfgang Kerner
Vorsitzender Verein der
Diabetologen Mecklenburg-
Vorpommern e. V. | 8 Prof. Dr. Michael Nauck
Vorsitzender Regional-
gesellschaft Niedersachsen/
Bremen der DDG | 12 Prof. Dr.
Matthias M. Weber
Vorsitzender Arbeitsgemein-
schaft Diabetologie und Endo-
krinologie Rheinland-Pfalz e. V. |
| | | 13 Dr. Jürgen Wernecke
Hamburger Gesellschaft für
Diabetes e.V. |

Ohne Abbildung:

Dr. Christian Franke, Brandenburger Diabetes Gesellschaft e. V.

Prof. Dr. Roland Willenbrock, Vorsitzender Diabetesgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.

Impressum

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Autoren: Dagmar Arnold, Anne-Katrin Döbler, Dietrich Garlichs, Annegret Lübbert

Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Fotos: DDG, Thieme Verlagsgruppe und privat, Schatz/Ornstein (Titelfoto), diabetesDE/Deckbar (S. 39), fotolia (S. 24, 36 links),

iStock (S. 12, 36 Mitte), Jupiterimages (S.37 links), A. Lübbert (S. 32, 33), PhotoDisc (S. 36 rechts),

Layout & Satz: Petra Pfänder

Wenn ich 30 Jahre alt sein werde,
wird der Anteil der Gesundheitsausgaben
am Bruttoinlandsprodukt bei
23 Prozent liegen, 2010 waren es
16 Prozent.

Wenn ich nicht frühzeitig Spaß an Sport und
Bewegung lerne und zu kalorienreich esse,
könnte ich zu den über 20 Prozent
gehören, die schon als Kind oder Teenager
als übergewichtig oder adipös gelten.
Ein Prozent dieser Kinder und Jugendlichen
hat bereits einen Diabetes Typ 2.

Wenn Ihr nichts dagegen tut,
werden zu meinem 18. Geburtstag
550 Millionen Menschen auf der Welt
Diabetes haben, 50 Prozent mehr als heute.

Wenn ich groß bin, werde ich – so wie
meine Mama und mein Papa heute –
jedes Jahr über 36 Kilogramm Zucker
zu mir nehmen, das ist 20 Mal so viel
wie vor 150 Jahren.

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Reinhardtstraße 31
10117 Berlin
Tel.: 030 3116937-0
Fax: 030 3116937-20
E-Mail: info@ddg.info

