

GESCHÄFTSBERICHT 2014



DDG

Deutsche Diabetes Gesellschaft

INHALT

3

Editorial



4

2014 auf einen Blick

5

50 Jahre DDG: bestmögliche Versorgung und Prävention

8

Erfolgreiche Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

10

Wir bilden Profis aus

12

Zertifizierung bietet Qualität und Orientierung

14

Begleitung von der Aufnahme bis zur Entlassung – neues Zertifikat etabliert sich



15

Mit Herzblut dabei – Behandlungsabläufe bewähren sich

16

Gesundheit und soziale Ungleichheit
Wie erreicht Prävention die Richtigen?

18

Einbindung der Fachgesellschaften bei der Bewertung neuer Medikamente

20

Mehr Leitlinien als alle anderen Fächer

22

Ehrungen und Preise 2014

26

Diabetes von Kindesbeinen an – die richtige Einstellung zählt

28

Das Jubiläumsjahr der DDG in Bildern



32

Diabetes – weltweite Pandemie

34

Den Tsunami der chronischen Krankheiten stoppen

36

Wie eine neue Abteilung Diabetologie entsteht – „Nach und nach Strukturen gestalten“

38

Praxisnahe Weiterbildungen für die Zukunft

40

DDG Stellungnahmen 2014 (Auswahl)



42

diabetesDE: Vorstellung der Arbeit

44

Geschäftszahlen

48

Vorstand und Geschäftsführung

49

Gremien

51

Impressum

Liebe Mitglieder,
liebe Leserinnen und Leser,

das Geschäftsjahr, über das wir hier berichten, das Jahr 2014, war nicht irgendeines für die DDG – es war das ihres 50-jährigen Bestehens. Am 7. April 1964 fanden sich in Wiesbaden führende Diabetologen zusammen, um den Grundstein für eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in der Diabetologie zu legen. Zu dieser Zeit lebten in Deutschland wenig mehr als eine Million Menschen mit Diabetes; heute sind es über sechs Millionen. Mit Hunderten Neuerkrankungen täglich setzt sich die Krankheitsdynamik nahezu ungebremst fort. Allein diese Zahlen zeigen, wie wichtig die Gründung der DDG war – und wie dringend notwendig es ist, dass wir uns den Herausforderungen stellen.

Verbesserungen der Versorgungslandschaften und Aufhebung der Sektorengrenzen, qualitätsgesicherte Weiterbildung, zertifizierte Behandlungseinrichtungen, Förderung von Ausbildung und Wissenschaft, Begeisterung des Nachwuchses für die Diabetologie und eine bessere Prävention – das sind die entscheidenden Säulen unseres Engagements. Die alleinige Leitlinie bei allen unseren Aktivitäten ist die Frage: „Was nützt dem Patienten?“ So haben wir erstmals eine spezialisierte Weiterbildung zur „Diabetes-Pflegefachkraft“ entwickelt; auch andere Weiterbildungen haben wir modifiziert oder neu aufgesetzt, beispielsweise die zum „Kinderpsychologen DDG“, und es ist gelungen, das neue Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für Einrichtungen, welche die Nebendiagnose Diabetes behandeln, erfolgreich zu etablieren.

Je mehr Gesundheit und Versorgung von politischen Entscheidungen oder auch „Nicht-Entscheidungen“ beeinflusst werden, umso mehr muss die DDG politisch aktiv werden. Zwischen DRGs, AMNOG, Versorgungsstärkungs- oder Präventionsgesetz ist es unsere Aufgabe, unsere Expertise sichtbar zu machen und in politisches Handeln einfließen zu lassen.



Deshalb führen wir regelmäßig persönliche Gespräche mit vielen Politikern, Abgeordneten, Ministerialbeamten, vernetzen uns mit anderen Fachgesellschaften und Verbänden, organisieren Diskussionsveranstaltungen, geben Stellungnahmen ab, nehmen an Anhörungen teil und last, but not least intensivieren unsere Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die im Berichtsjahr allein in den Printmedien mit 420 Millionen Kontakten einen neuen Rekord erreichte.

**Die alleinige Leitlinie
bei allen unseren Aktivitäten
ist die Frage:
„Was nützt dem Patienten?“**

Gesundheitsminister Hermann Gröhe und andere Gesundheitspolitiker haben kürzlich bei der Debatte im Deutschen Bundestag zum Präventionsgesetz explizit auf die Krankheit Diabetes und ihre Bedeutung hingewiesen. Deshalb erkrankt noch kein Mensch weniger und keiner wird besser behandelt, aber es ist immerhin ein Zeichen dafür, dass die Krankheit im Bewusstsein der Entscheidungs-

träger angekommen ist. Die DDG wird nicht lockerlassen, gemäß ihrem Auftrag, mit allen Mitteln daran zu arbeiten, das Leben unserer Patienten zu verbessern und dem Tsunami der chronischen Krankheiten wirksam entgegenzutreten.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine interessante Lektüre unseres Geschäftsberichts für das Jahr 2014.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Erhard Siegel

PD Dr. Erhard Siegel
Präsident

Dietrich Garlichs

Dr. Dietrich Garlichs
Geschäftsführer

2014 AUF EINEN BLICK

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) gehört mit fast 9000 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. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.



101
Ärzte

erhalten die Anerkennung „Diabetologe DDG“

6.342
Fachleute

besuchen den Diabetes Kongress,

4.132

die Diabetes Herbsttagung.



12 Stellungnahmen und

45
Pressemeldungen

zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen werden veröffentlicht; Reichweite 420 Millionen Kontakte (Print).



117
Einrichtungen

erhalten die Anerkennung als „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“ – davon 24 Erstanträge. Insgesamt sind es

315

31
Einrichtungen

erhalten die Anerkennung als „Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement“ – davon vier Erstanträge. Insgesamt sind es

108



134
Fußbehandlungseinrichtungen DDG

werden neu oder rezertifiziert, von insgesamt 274.

18
Einrichtungen

erhalten das neue Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für die Nebendiagnose Diabetes, von insgesamt 30.

Insgesamt gibt es

167
Fachpsychologen DDG

2
Psychologen

erhalten die Anerkennung „Fachpsychologe DDG“

Insgesamt gibt es

3.660
Diabetesberaterinnen DDG

7.450
Diabetesassistentinnen DDG

und

2.500
Wundassistentinnen DDG



253
Diabetesberaterinnen DDG

289
Diabetesassistentinnen DDG

und

225
Wundassistentinnen DDG

schließen ihre Weiterbildung ab.

Insgesamt gibt es

4.084
Diabetologen DDG

davon zwei Drittel in Kliniken und ein Drittel in niedergelassener Praxis.

Die DDG zeichnete 12 Wissenschaftler aus und förderte 33 Projekte mit

435.000
Euro

50 JAHRE DDG: BESTMÖGLICHE VERSORGUNG UND PRÄVENTION

Ob es um die Weiterbildung von Ärzten, Psychologen oder diabetologischen Fachberufen geht, die Zertifizierung von spezialisierten Einrichtungen, die Koordination der Kontakte mit der Gesundheitspolitik oder die Leitlinien und Medienarbeit: In der DDG Geschäftsstelle laufen die Fäden aus den Aktivitäten der vielen ehrenamtlich Engagierten, der Arbeitsgemeinschaften und Ausschüsse sowie des DDG Vorstands zusammen. Je mehr die DDG initiiert und umsetzt, umso mehr ist die Geschäftsstelle in der Berliner Reinhardtstraße gefordert. Das galt ganz besonders auch für das Jahr 2014, in dem die DDG ihr 50-jähriges Bestehen gefeiert hat.

WEITERBILDUNG FÜR EINE OPTIMALE VERSORGUNG

Insgesamt weisen heute über 4.000 ausgebildete Ärzte die Weiterbildungsqualifikation „Diabetologe DDG“ aus – zwei Drittel davon in Kliniken, ein Drittel in Praxen. 3.660 Diabetesberaterinnen, 7.450 Diabetesassistentinnen und 2.500 Wundassistentinnen haben in den letzten Jahren die Weiterbildungsangebote der Fachgesellschaft genutzt und können daher Diabetespatienten professionell begleiten. Darüber hinaus gibt es knapp 170 Fachpsychologen DDG, die Menschen mit Diabetes helfen, die unter den psychischen Folgen ihrer Krankheit wie beispielsweise Depressionen leiden. Damit auch die kleinen Diabetes-Patienten von dieser Spezialqualifikation profitieren können, hat die DDG dieses Jahr erstmals ein entsprechendes Weiterbildungscurriculum für Kinderpsychologen entwickelt.

NEU: DIABETES-PFLEGEFACHKRAFT

2014 hat die DDG eine weitere richtungsweisende Weiterbildung auf den Weg gebracht. Sie zielt auf Pflegekräfte ab, die eine zunehmende Zahl an multimorbiden Diabetespatienten in der stationären oder ambulanten Pflege betreuen müssen. Es ist wichtig, auch hier die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die neue DDG Ausbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft gliedert sich in eine Basisqualifikation sowie in eine Aufbauqualifikation für die ambulante und stationäre Langzeitpflege bzw. die stationäre Kurzzeitpflege in Krankenhäusern und Rehakliniken. Damit schließt die DDG eine Ausbildungslücke und bietet nun für alle Sektoren eine gute diabetologische Weiterbildung an. Angesichts der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, die mit zunehmendem Alter auch immer häufiger an Diabetes leiden, ist das ein zukunftsweisender Schritt.

NEUE WEITERBILDUNG DIABETES-PFLEGEFACHKRAFT

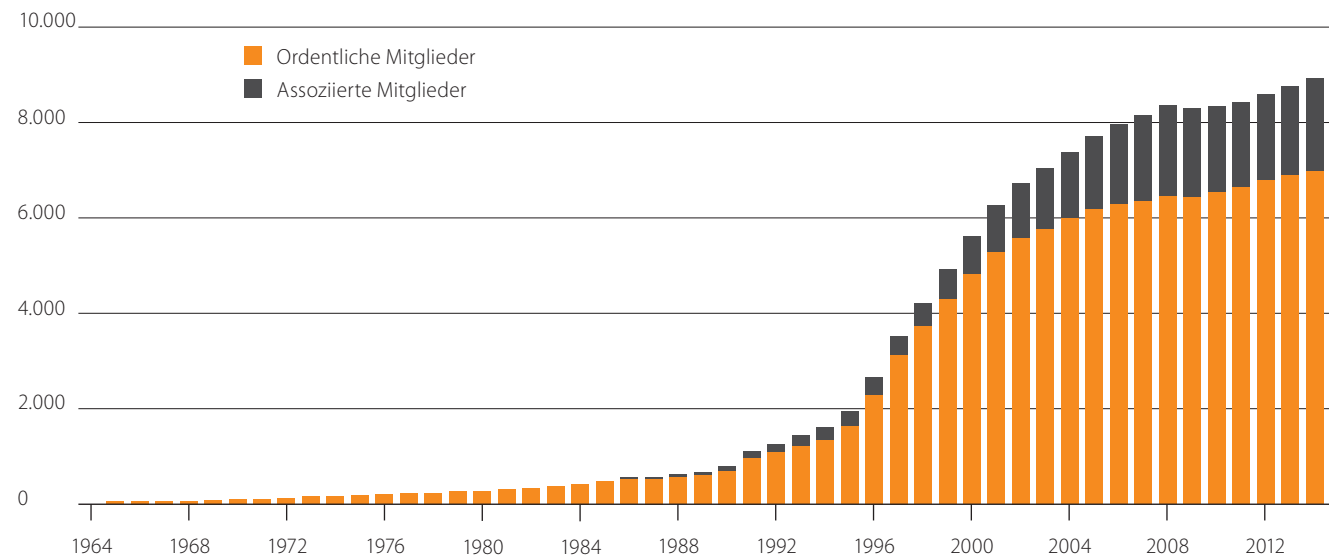
AUFBAUQUALIFIKATION
ambulante & stationäre
Langzeitpflege

AUFBAUQUALIFIKATION
stationäre Kurzzeitpflege
(Krankenhaus & Reha-Klinik)

Zeitumfang: 80 Unterrichtseinheiten (45 min)

BASISQUALIFIKATION
Zeitumfang: 16 Unterrichtseinheiten (45 min)

ENTWICKLUNG DER MITGLIEDERZAHLEN SEIT 1964



MEHR QUALITÄT DURCH ZERTIFIZIERUNG

Auch die Prozess- und Strukturqualität in den behandelnden Einrichtungen müssen definierte Standards und qualitative Anforderungen erfüllen. 117 Einrichtungen haben im vergangenen Jahr die Anerkennung „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“ erhalten, 31 konnten sich als „Diabetologikum DDG mit diabetes-spezifischem Qualitätsmanagement“ qualifizieren. Auch das neue Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“, für das sich Einrichtungen zertifizieren lassen können, die Menschen mit der Nebendiagnose Diabetes behandeln, hat sich mittlerweile gut etabliert. Bereits 30 Einrichtungen haben dieses Zertifikat bisher erhalten, 20 weitere haben es beantragt.

FORTENTWICKLUNG DER KONGRESSE

Um die jeweiligen Kongresspräsidenten bei ihrer Kongressplanung zu unterstützen, gibt es seit 2014 in der Geschäftsstelle eine Kongressassistenz, die sicherstellt, dass bestimmte Standards bei der Ausrichtung der Kongresse eingehalten werden, alle beteiligten Akteure gut informiert sind und der Kongresspräsident in seiner Vorbereitungsarbeit entlastet wird. Dafür steht ihm ebenfalls seit dem letzten Jahr die DDG Kommission Kongresse zur Seite.

Ziel dieser Kommission ist es, die Kongresse mittel- und langfristig weiterzuentwickeln, neue Fortbildungsformate zu planen und deren inhaltliche Grundausrichtung festzulegen. Nicht zuletzt dort entstand auch die Idee, in den Diabetes Kongress 2015 erstmals einen Hausärztetag aufzunehmen, damit diese im Dialog mit den Diabetologen neueste Entwicklungen des Fachs besprechen können.

INVESTITION IN DIE ZUKUNFT: NACHWUCHSFÖRDERUNG

Ihre Kongresse nutzt die DDG zunehmend auch, um den Nachwuchs für die Diabetologie zu begeistern und an die Fachgesellschaft heranzuführen. 2014 hat die DDG zur Herbsttagung erstmals 50 Reisestipendien ausgelobt. 2015 werden die Plätze für den Diabetes Kongress auf 100 verdoppelt. Das Interesse an den Reisestipendien war außerordentlich hoch. Der Kongresspräsident und die Kommission Kongresse hatten die „Qual der Wahl“, aus den Bewerbern geeignete Nachwuchskandidaten auszuwählen.

Einige dieser Nachwuchs-Diabetologen waren so interessiert an den Themen der Herbsttagung, dass sie ihre Eindrücke auch mit anderen teilen wollten und diese über einen eigens eingerichteten DDG Blog weitergetragen haben. Dieser Blog wird auch 2015 weitergeführt werden.

Er ergänzt damit die bestehenden Internetaktivitäten der DDG, die heute schon die Website, Facebook- und Twitter-Auftritte sowie Apps umfassen.

MEHR ALS 1,6 MILLIONEN WEBSEITEN-AUFRUFE

Die Webseite der Deutschen Diabetes Gesellschaft ist die zentrale Netzwerkplattform für alle, die am Thema Diabetes interessiert sind. Sie wird täglich aktualisiert und kann immer mehr Besucher verzeichnen: Im Jahr 2014 gab es mehr als 1,6 Millionen Seitenaufrufe, täglich greifen zwischen 1000 und 2000 Besucher auf die Seite zu.

Zu den meistbesuchten Unterseiten zählen die der aktuellen Leitlinien, aber auch die Job- und Praxenbörse. Wie schon in den Jahren zuvor hat die Arztsuche besonders viele Klicks zu verzeichnen. Hier können sowohl Mediziner als auch Patienten fachkundige Diabetologen in ihrer Nähe finden und Informationen über besondere Behandlungsmethoden und Sprechzeiten erhalten. Gut etabliert hat sich außerdem die Hospitationsbörse, was zeigt, dass der Nachwuchs die DDG als Anlaufstelle kennt und auch ihre Internetseite für die eigene Karriereplanung nutzt. Dabei spielen nicht zuletzt die Aktivitäten der DDG in den sozialen Netzwerken Facebook und Twitter eine wichtige Rolle.

POLITISCHE ARBEIT UND MEDIENAKTIVITÄTEN WEITER AUSGEBAUT

Ein wesentlicher Baustein in der gesundheitspolitischen Arbeit der DDG ist die Herausgabe von Stellungnahmen. Im Jahr 2014 waren dies insgesamt 13 (siehe auch Seite 40f.). Nicht wenige davon kritisierten Einschätzungen des IQWiG und des G-BA zu innovativen Technik- und Medikamentenentwicklungen und die damit verbundene Einschränkung des zur Verfügung stehenden Therapiespektrums für die Patienten.

Auch internationale Aktivitäten waren wichtig: So wurde die DDG durch ihren Präsidenten Erhard Siegel und ihren Geschäftsführer Dietrich Garlich auf dem ersten „Summit on Chronic Diseases“ der EU vertreten. Zum zweiten Mal war die DDG auf dem UN-Gipfel gegen die nichtübertragbaren Krankheiten in New York vertreten. Dort diskutierten Vertreter vieler Nationen darüber, wie die 2011 vereinbarten Präventionsziele erreicht werden können. Viele Ländervertreter stellten ihre Konzepte im Kampf gegen die großen Volkskrankheiten vor. Die DDG nahm das gemeinsam mit diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe zum Anlass, auf einer Pressekonferenz über die Ergebnisse des UN-Gipfels zu berichten.

In diesem Zusammenhang hat die DDG erneut den international breit diskutierten Paradigmenwechsel von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention gefordert, was große Aufmerksamkeit in den Medien fand. Das Thema Zucker-Fettsteuer auf Lebensmittel mit einem besonders hohen Anteil an Zucker, Fett und Salz war das Thema mit der höchsten Medienresonanz 2014 (siehe Seite 8).

EINE DER GROSSEN FACHGESELLSCHAFTEN IN EUROPA

Mittlerweile hat die DDG fast 9.000 Mitglieder, davon 6.974 ordentliche und 1.948 assoziierte Mitglieder, die überwiegend aus der Gruppe der diabetologischen Assistenzberufe kommen. Die DDG gehört damit zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum und zu einer der größten diabetologischen Fachorganisationen in Europa.

In den fünf Jahrzehnten ihres Bestehens hat die DDG kontinuierlich neue Mitglieder gewonnen – das spricht für die wachsende Bedeutung des Fachs, aber auch für die wichtige Rolle der DDG in der Diabetologie. Das gab ihr 2014 allen Grund, ihr 50-jähriges Bestehen nicht zuletzt mit einem stimmungsvollen Fest im Rahmen des Diabetes Kongresses zu feiern.

2014: 50 JAHRE DDG

Am 7. April 1964 waren in Wiesbaden die führenden deutschen Diabetologen zusammengekommen und hatten die Deutsche Diabetes Gesellschaft ins Leben gerufen. Einer der Gründungsväter formulierte, dass „... die Probleme, die der Diabetes aufgibt, so zahlreich sind, dass es sich wohl lohnt, sie in einer eigenen ... Gesellschaft zu vertreten“. Die weit-sichtige Entscheidung von damals hat die DDG heute zu einer festen Größe im deutschen Gesundheitswesen gemacht. Das haben viele DDG Aktivitäten im Jahr ihres 50-jährigen Bestehens gezeigt.



STECKBRIEF DER DDG WEBSITE

- www.ddg.info
- www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
- 1.640.265 Seitenaufrufe
- Durchschnittlich 1.000 bis 2.000 Besucher am Tag
- Besucher von allen Kontinenten
- Meistbesuchte Seiten: Über uns, Leitlinien, Zertifizierte Arztpraxen / Kliniken, Job- und Praxenbörse
- Tägliche Presseschau
- Veranstaltungskalender
- Hospitationsbörse
- Vernetzung in den Social Media
Facebook (über 1.500 Fans)
Twitter (über 360 Follower)

ERFOLGREICHE MEDIEN- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Größtmögliche Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild Diabetes zu schaffen, zählt zu den wichtigsten Aufgaben der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Ziel ist es, eine breite Öffentlichkeit über Ursachen, Folgen und Therapien der Erkrankung zu informieren und dabei einen ganzheitlichen Blick zu ermöglichen. Denn einfache Antworten auf die Stoffwechselstörung gibt es nicht, wie die Forschung immer deutlicher aufzeigt. Um dies ins öffentliche Bewusstsein zu rücken, geht die Fachgesellschaft gerne neue Wege, auch in ihrer Medienarbeit. Ob Ansprache der Politik, Patientenschicksale oder Medienpreise – 2014 war ein Jahr der besonderen Akzente. Solcher Facettenreichtum zahlt sich aus: Erneut konnte die Fachgesellschaft ihre Reichweite allein in den Printmedien um wiederum 24 Prozent auf 420 Millionen Kontakte erhöhen. So kam jeder Bundesbürger rechnerisch mindestens fünf Mal mit der DDG in Berührung.

KLARER APPELL AN DIE POLITIK

Angesichts weltweit dramatisch zunehmender Diabeteserkrankungen rückt die Vorbeugung immer stärker in den Fokus des Interesses. Klar ist: Appelle an die Vernunft des Einzelnen sind gescheitert. Vielmehr ist jetzt die Politik gefragt, Rahmenbedingungen und Verhältnisse so zu gestalten, dass sie eine gesunde Lebensweise fördern. Um dieses Anliegen voranzubringen, wandte sich die DDG mit zwei Pressekonferenzen an die Öffentlichkeit. Prominent unterstützt vom TV-Kabarettisten Eckart von Hirschhausen und Matthias Steiner, Olympiasieger im Gewichtheben, brachte die Fachgesellschaft vier Forderungen in die Diskussion: eine Zucker-Fett-Steuer auf ungesunde Lebensmittel, täglich eine Stunde Sport in Kita und Schule, verbindliche Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung sowie ein Verbot von an Kinder gerichteter Lebensmittelwerbung. Zahlreiche Medien auf Bundes- und Regionalebene griffen die Forderungen auf und berichteten ausführlich.

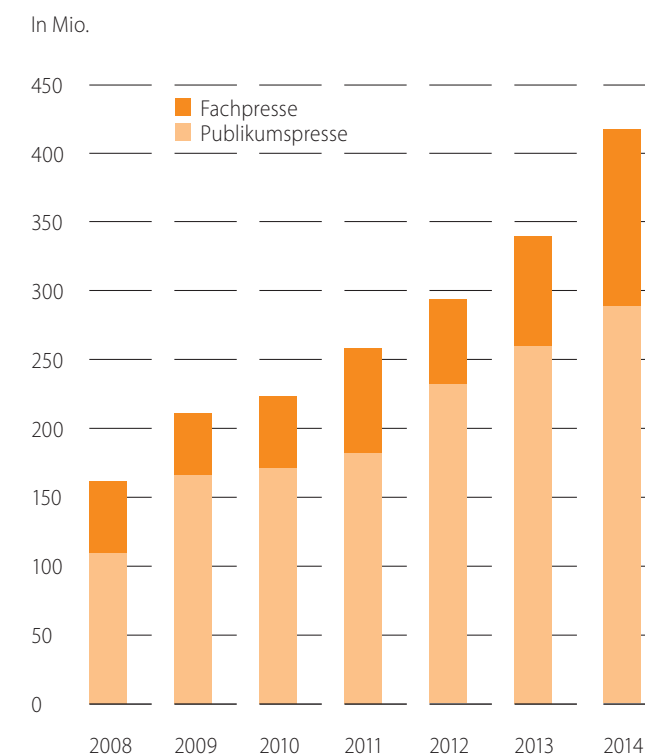
PATIENTEN IM MITTELPUNKT

Für diejenigen, die bereits erkrankt sind, ist eine optimale Therapie entscheidend. Dabei profitieren Patienten immer wieder von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Was das für den Einzelnen konkret bedeutet, verdeutlichte die DDG bei ihrem Frühjahrs-Kongress. Dort waren erstmals zwei Betroffene zur Pressekonferenz auf das Podium geladen. Patient Hartmut Schöne berichtete von der erfolgreichen Reimplantation von Inselzellen nach einem schweren Unfall. Niklas Niebuhr, dessen Vater an Diabetes Typ 1 erkrankt ist, sprach über seine Erfahrungen als Teilnehmer einer klinischen Studie. Zusammen mit seiner Familie schilderte der junge Mann, welche Hoffnungen sie in ein Insulin-Nasenspray setzen, das den Ausbruch der Krankheit verhindern soll.

ERSTMALS MEDIENPREISE VERGEBEN

Weiteres Novum im Jahr 2014: Auf ihrer Herbsttagung überreichte die DDG erstmals Medienpreise für herausragende journalistische Beiträge zum Thema Diabetes.

MEDIENPRÄSENZ: ENTWICKLUNG DER REICHWEITE VON 2008–2014, OHNE ONLINE-MEDIEN



Die Fachgesellschaft hatte den Wettbewerb zum Anlass ihres 50-jährigen Bestehens in den drei Kategorien „Text“, „Hörfunk“ und „Fernsehen“ ausgeschrieben und mit jeweils 2.000 Euro dotiert. Eine hochkarätige Jury wählte aus den über 40 eingereichten Vorschlägen vier Preisträger aus: Johannes von Creyzt beleuchtete in seinem BR-Hörfunkbeitrag die Krankheit Diabetes als „unterschätzte Volkskrankheit“, Ulrich Kraft behandelte in seinem Artikel für die Zeitschrift FOCUS-

DIABETES das Thema „kontinuierliche Blutzuckermessung“. Christine Voges und Tamara Baumgarten wiederum nahmen als Autorinnen-Duo für ZDF/ARTE den Alltag und seine Herausforderungen für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes unter die Lupe. Die feierliche Übergabe der Urkunden erfolgte während der Eröffnungsveranstaltung der Herbsttagung in Leipzig.

PRESSEARBEIT MIT NEUER REKORD-REICHWEITE

Neben diesen besonderen Akzenten thematisierte die DDG im vergangenen Jahr wieder Aspekte aus allen Bereichen der Diabetologie. Um sie in die breite Öffentlichkeit zu transportieren, lud die Pressestelle zu insgesamt sechs Pressekonferenzen und gab über das Jahr verteilt 45 Pressemitteilungen heraus. Dabei standen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso auf der Agenda wie hilfreiche Behandlungsinformationen, die Kommentierung von Berichten oder gesundheitspolitische Entscheidungen. Wie in den Vorjahren auch kamen zudem viele zertifizierte Einrichtungen auf die Pressestelle zu und erhielten Unterstützung bei ihrer PR-Arbeit. Das hilft den zertifizierten Praxen und Kliniken, sich in ihrer Region als ausgewiesene Behandler zu profilieren.

Abermals konnte die Pressearbeit der DDG mit einer Reichweite von 420 Millionen Printkontakten einen neuen Rekord für das Jahr 2014 aufstellen. Dies bedeutet, dass die Botschaften der DDG 420 Millionen Leser erreichten – rechnerisch kam damit jeder Bundesbürger mehr als fünf Mal mit Einschätzungen und Empfehlungen der Fachgesellschaft in Berührung. Diese starke Präsenz und Durchdringung sind vor allem auf die Berichterstattung in den Publikumsmedien zurückzuführen. Denn 78 Prozent aller Artikel wurden in Tageszeitungen, Nachrichtenmagazinen und Illustrierten bis hin zu Boulevardmedien abgedruckt. Besonders häufig wurde über die Zucker-Fett-Steuer, Folgeerkrankungen wie Parodontitis oder klassische Servicethemen („Insulin richtig spritzen“) berichtet.

WIR BILDEN PROFIS AUS

Jede erfolgreiche Diabetestherapie ist Teamarbeit. Daher sieht die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) eine ihrer zentralen Aufgaben in der Weiterbildung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal. Die Fachgesellschaft entwickelt ihr Bildungsangebot ständig weiter und legt dabei größten Wert auf wissenschaftliche Standards und Unabhängigkeit. Alle Weiterbildungsangebote sind frei von Industrie-finanzierung und werden allein durch die Teilnehmergebühren getragen.



DIE WEITERBILDUNGSSTÄTTEN IM ÜBERBLICK

DA:
Diabetesassistent / in DDG

DB:
Diabetesberater / in DDG

WA:
Wundassistent / in DDG

DPFK:
Diabetes-Pflegefachkraft
DDG (Klinik)

Pod:
Podologe / in DDG

DIE WEITERBILDUNGEN IM ÜBERBLICK

	VORAUSSETZUNG	TÄTIGKEITEN	WEITERBILDUNGSDAUER
Diabetologe / in DDG	Arzt / Ärztin mit Facharzt-qualifikation Mitgliedschaft in der DDG	Medizinische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Jugendliche, Schwangere sowie Sonderformen	24 Monate Praxis in einer DDG zertifizierten Einrichtung (davon mindestens 1 Jahr stationär) 2 Wochen Präsenzseminar 2 Wochen Hospitation 4 Tage Seminar Kommunikation / Gesprächsführung
Fachpsychologe / in DDG	Psychologe / in (Dipl. / M.Sc.) Tätigkeit in der Diabetologie (mind. 50%) ggf. mit Schwerpunkt Kinder-Jugendpsychologie* Mitgliedschaft in der DDG	Psychologische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Jugendliche, Schwangere sowie Sonderformen	24 Monate Praxis in einer Diabetes-einrichtung* 10 Tage Hospitation* 64 Stunden Präsenzseminare*
Diabetesberater / in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Jugendliche, Schwangere	12 Wochen Präsenzunterricht 544 Stunden Praxisnachweis 1 Woche Hospitation
Aufbauqualifikation für Diabetesassistent / in zur Diabetesberater / in DDG	nur für Diabetesassistenten/ innen mit medizinischem Grundberuf** nach 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Jugendliche, Schwangere	8 Wochen Präsenzunterricht 360 Stunden Praxisnachweis 20 Stunden Hospitation
Diabetesassistent / in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 2	4 Wochen Präsenzunterricht 1 Woche Hospitation
Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger / in, Altenpfleger / in mit 3-jähriger Ausbildung	Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Kurzzeitpflege	2 Wochen Präsenzunterricht
Wundassistent / in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Professionelle Wundversorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom	1 Woche Präsenzzeit 24 Stunden Hospitation
Podologe / in DDG	staatlich geprüfte / r medizinische / r Fußpfleger / in / Podologe / in	Podologische Komplexbe-handlung zur Prävention des Diabetischen Fußsyndroms	28 Stunden Präsenzzeit 40 Stunden Praktikum 16 Stunden Hospitation

* Sonderregelung für approbierte Psychologische Psychotherapeuten siehe Weiterbildungsordnung Fachpsychologe DDG

** zugelassene medizinische Grundberufe lt. jeweils gültiger Weiterbildungsordnung

Die Weiterbildungsseminare für Ärzte und Psychologen werden rotierend an verschiedenen überregionalen Standorten veranstaltet. Der Ausschuss Diabetologe bzw. die Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie verantworten und sichern die Qualität.

Die Weiterbildungen für medizinisches Assistenzpersonal werden überregional an verschiedenen Standorten angeboten und unterliegen einer zentralen Qualitätssicherung durch den Ausschuss QSW. Alle zertifizierten Weiterbildungsstätten der DDG arbeiten je nach Weiterbildungsgang nach einheitlichen Curricula.

Wenn Sie Ihr Personal für die Aufgaben rund um die Versorgung von Menschen mit Diabetes qualifizieren möchten, dann finden Sie detaillierte Informationen unter:

 www.ddg.info/weiterbildung.html

Ansprechpartnerinnen in der Geschäftsstelle sind:
Martina Wallmeier – Ärzte und Psychologen
Susa Schmidt-Kubeneck – Medizinisches Assistenzpersonal
Tel.: 030 311 69 37 17-18
E-Mail: wallmeier@ddg.info, schmidt-kubeneck@ddg.info

ZERTIFIZIERUNG BIETET QUALITÄT UND ORIENTIERUNG

Diabetische Folgeerkrankungen beeinflussen maßgeblich die Lebensqualität und -erwartung von Menschen mit Diabetes. Damit solche Komplikationen verhindert bzw. optimal behandelt werden können, ist es für Patienten wichtig, eine Praxis oder Klinik mit entsprechender diabetologischer Kompetenz zu finden. Die Zertifizierungen der DDG bieten hier eine klare Orientierungshilfe. Patienten, die sich in DDG zertifizierte Kliniken und Praxen begeben, können sicher sein, fachkompetent und leitliniengerecht auf höchstem medizinischem Niveau behandelt zu werden.

Behandlungseinrichtungen können ihre besondere Kompetenz und Erfahrung in der Versorgung von Diabetespatienten durch fünf verschiedene Zertifikate der DDG ausweisen.

- „Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“
- „Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG“
- „Klinik für Diabetespatienten geeignet DDG“
- „Diabetes-Schwerpunktpflegedienst DDG“
- „Fußbehandlungseinrichtung DDG“

Für die ersten vier Zertifikate definiert der Ausschuss für Qualitätssicherung und Weiterbildung der DDG (QSW) die Voraussetzungen und überwacht das Anerkennungsverfahren. Fußbehandlungseinrichtungen zertifiziert die AG Diabetischer Fuß der DDG.

HOHE QUALITÄTSSTANDARDS

Die Zertifikate der DDG garantieren Diabetespatienten eine hohe Qualität der Versorgung und machen diese Qualitätsstandards auch nach außen für Patienten, Zuweiser und Kostenträger sichtbar. Wesentliche Voraussetzungen für die Anerkennung sind qualifiziertes Personal, interdisziplinäre Zusammenarbeit, definierte Behandlungsstandards, qualitätsgesicherte Labormethoden, adäquate Räumlichkeiten für die Diagnostik, Therapie und Schulungen der Patienten, ausreichende Behandlungszahlen von Patienten und der Nachweis leitliniengerechter Behandlung. Pädiatrische Einrichtungen müssen zusätzlich spezielle Kompetenzen und Strukturen für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und die Einbindung von deren Eltern nachweisen. Für die Anerkennung als „Diabetologikum DDG“ wird ein externer Auditor eines anerkannten Qualitätsmanagementunternehmens hinzugezogen. Er beurteilt die Strukturen und Prozesse der Einrichtung entsprechend den definierten Qualitätsmaßstäben der DDG. Alle Anerkennungen gelten jeweils für drei Jahre und müssen danach erneut beantragt werden.

ZERTIFIKAT „FUSSBEHANDLUNGSEINRICHTUNG DDG“: VORBILD FÜR EUROPÄISCHE NACHBARLÄNDER

Seit zwölf Jahren zertifiziert die Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG mit großem Erfolg Praxen und Kliniken, die Patienten mit dem Diabetischen Fußsyndrom fachübergreifend behandeln. Zurzeit sind in Deutschland 274 Einrichtungen mit dem Zertifikat „Fußbehandlungseinrichtung DDG“ ausgezeichnet. Im Jahr 2014 hat die DDG mit 126 so viele

Anträge wie noch nie erhalten und seit Januar 2015 sind bereits 40 weitere Anfragen eingegangen.

2014 wurden die Ergebnisse der Evaluationsdaten aus den Zertifizierungsverfahren 2005 bis 2012 veröffentlicht und 2014 auf der 22. Jahrestagung der AG Fuß vorgestellt. Diese Daten zeigen deutlich den Erfolg der strukturierten Behandlung, insbesondere durch stark reduzierte Amputationsraten. Diese messbaren Erfolge der interdisziplinären Therapiekonzepte zeigen auch Wirkung im Ausland: In den Niederlanden, in Tschechien und Belgien sind bereits ähnliche Zertifizierungsverfahren in Arbeit. Anfang des Jahres hat die AG Fuß zudem ein neues Internetforum eingerichtet, das Experten den Austausch zu aktuellen Fragestellungen ermöglicht.

Die AG Diabetischer Fuß ist mit den regionalen Fußnetzen in engem Austausch und auch im internationalen Kontext durch die Beteiligung an der Diabetic Food Study Group der EASD und der International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) aktiv.

NEUES ZERTIFIKAT FÜR DIABETES ALS NEBEN-DIAGNOSE NIMMT FAHRT AUF

Über zwei Millionen Menschen mit Diabetes begeben sich in Deutschland jährlich aufgrund einer anderen Erkrankung oder zu einem Eingriff in ein Krankenhaus. Diese Patienten müssen sicher sein, dass auch ihre Grunderkrankung während des stationären Aufenthalts kompetent berücksichtigt wird, auch wenn die Klinik nicht über eine diabetologische Fachabteilung verfügt. Hierzulande gibt es jedoch nach wie vor viele Kliniken, die kein Diabetesmanagement anbieten und in denen die Beurteilung des gesamten Stoffwechsels erheblich vernachlässigt wird. Um Betroffenen die Wahl eines für sie geeigneten Krankenhauses zu vereinfachen und zu gewährleisten, dass die „Nebendiagnose“ Diabetes während ihres Klinikaufenthalts ausreichend berücksichtigt wird, hat die DDG 2013 erstmals das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ vergeben.

Grundvoraussetzungen sind das Vorhandensein eines Diabetologen oder diabetologisch versierten Arztes, seines Vertreters sowie diabetologisch geschulten Pflegepersonals auf allen Stationen, in jeder Schicht. Ein strukturiertes diabetologisches Konsil muss spätestens nach 48 Stunden erfolgen, operationsbegleitendes Diabetesmanagement und Notfallmanagement

bei Stoffwechselentgleisungen müssen gewährleistet sein. Außerdem müssen schriftlich fixierte Behandlungspfade in allen Abteilungen vorliegen und eine patientengerechte Dokumentation der Therapie erfolgen. Das neue Zertifikat hat durchweg positive Resonanz erfahren: Erhielten im ersten Zertifizierungsjahr 13 Kliniken die DDG Auszeichnung, sind es im April 2015 bereits 30 Kliniken. Zahlreiche telefonische Anfragen zeugen von stetig wachsendem Interesse. Auf der diesjährigen Frühjahrstagung der DDG wird der dritte Erfahrungsaustausch zum Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ zwischen bereits zertifizierten und interessierten Kliniken stattfinden.

KLINIKEN MIT DEM ZERTIFIKAT „KLINIK FÜR DIABETESPATIENTEN GEEIGNET (DDG)“

- Agaplesion Diakoniekrankenhaus Seehausen
- Amper Kliniken AG
- ANregioMed Klinik Rothenburg o. d. T.
- Asklepios Stadtklinik Bad Tölz
- Asklepios Südpfalzlinik Kandel
- BKB-Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH
- Diakonissenkrankenhaus Mannheim
- DRK Krankenhaus Luckenwalde
- ELBLANDKLINIKEN Stiftung & Co. KG
- Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge GmbH
- Havelland Kliniken GmbH Klinik Nauen
- Herz- und Kreislaufzentrum GmbH & Co. KG, Rotenburg a. d. F.
- Helios Klinikum Berlin-Buch
- Immanuel Klinikum Bernau
- Johanniter-Krankenhaus Rheinhausen GmbH
- Jüdisches Krankenhaus Berlin
- Klinikum Forchheim
- Klinikum Mittelbaden
- Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen (Klinikum Vest GmbH)
- Krankenhaus Märkisch Oderland
- Krankenhaus Spremberg
- Kreiskrankenhaus des Vogelsbergkreises in Alsfeld
- Krankenhaus Plettenberg gGmbH
- Muldentalkliniken GmbH
- Paracelsus-Klinik Marl (Klinikum Vest GmbH)
- Privatklinik Dr. Robert Schindlbeck
- Sankt Marien-Hospital Buer
- Sigma-Zentrum für Akutmedizin
- St. Josef-Krankenhaus Linnich
- St.-Marien-Hospital Marsberg

BEGLEITUNG VON DER AUFNAHME BIS ZUR ENTLASSUNG

NEUES ZERTIFIKAT ETABLIERT SICH

Diabeteschulungen stehen im Krankenhaus Märkisch-Oderland in Strausberg täglich auf dem Stundenplan. Die Patienten lernen zum Beispiel die richtige Spritztechnik kennen, sie erfahren, welche Anzeichen auf eine Über- und Unterzuckerung hinweisen oder wie sich Folgeschäden vermeiden lassen. „Am schwierigsten ist es, die Berechnung der Broteinheiten und die Insulinwirkung zu erklären“, sagt die Diabetes- und Ernährungsberaterin Sandra Thiedig. Doch die meisten Patienten seien lernbegierig und mit großem Interesse bei der Sache. Seit Oktober 2013 besitzen die Krankenhäuser der Klinik in Strausberg und im benachbarten Wriezen das Zertifikat der DDG „Klinik für Diabetespatienten geeignet“. Seitdem werden Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes durch ein multidisziplinäres Team begleitet – von der Aufnahme bis zur Entlassung.

„Unser Ziel war es, etwas gegen die mangelhafte Erfassung und Unterversorgung der Diabetiker zu unternehmen. So haben wir zum Beispiel früher bei der Aufnahme keine regelmäßigen Blutzuckerbestimmungen durchgeführt“, erklärt die Diabetologin Dr. Cristine Pietsch. Experten schätzen, dass etwa 20 bis 30 Prozent aller Patienten in Krankenhäusern an Diabetes erkrankt sind. Das große Manko: Nur etwa die Hälfte wird mit Diabetes mellitus als Haupt- oder Nebendiagnose diagnostiziert und behandelt. Auch in Strausberg hat man bisher nur Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes in der Klinik für Innere Medizin behandelt, die Nebendiagnose wurde nicht systematisch berücksichtigt.

BEHANDLUNG AUS EINEM GUSS

„Jetzt erfolgt innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme ein diabetologisches Konsil, das machen wir auch bei



Cristine Pietsch

Operationen und in anderen problematischen Situationen“, sagt Pietsch. Wir, das sind die Oberärztin Cristine Pietsch sowie zwei Diabetesberaterinnen, Schwester Christine Tscherniewski und Sandra Thiedig. Auch im Krankenhaus in Wriezen gibt es ein Diabetesteam, eine Assistenzärztin, die den für die Zertifizierung erforderlichen 80 Stunden Diabetologen-Kurs absolviert hat, sowie eine Diabetesberaterin. Neu sind der interdisziplinär abgestimmte Behandlungsablauf sowie die -dokumentation. Alle Diabetespatienten werden zusätzlich untersucht, um Folgeerkrankungen möglichst früh aufspüren zu können. Entdecken die Ärzte einen bisher nicht bekannten Diabetes, bekommt der Patient ein Erstversorgungsset, das unter anderem ein Blutzuckermessgerät, ein Dokumentationsheft und einen Gesundheitspass enthält. Auf jeder Station des Krankenhauses arbeiten zwei diabetologisch geschulte Pflegekräfte – ein weiterer Baustein, der für die Zertifizierung notwendig war. Dazu gehört auch ein Entlassungsmanagement, eine Sozialarbeiterin kümmert sich um die weitere ambulante Versorgung der Patienten. Besonders stolz ist das Team um Cristine Pietsch auf das EDV-Programm der Klinik. Damit können sie morgens, mittags und abends alle Blutzuckerwerte sehen. Und bei Entgleisungen schnell eingreifen.

Die gute Betreuung von Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes hat sich in der Region herumgesprochen. Das Angebot, das Personal von Hausarztpraxen und Pflegeeinrichtungen zu schulen, stieß auf große Resonanz. Aufgrund der vielen Anfragen hat das Krankenhaus zusätzlich eine Diabetologische Fuß-Sprechstunde eingeführt. Und für die Zukunft plant das Team sogar, die Zertifizierung als Diabeteszentrum der DDG anzustreben für Patienten mit der Hauptdiagnose Diabetes.

MIT HERZBLUT DABEI

BEHANDLUNGSABLÄUFE BEWÄHREN SICH

Das Herz- und Kreislaufzentrum (HKZ) Rotenburg an der Fulda erhielt im Januar 2014 als erste Klinik in Hessen das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“. Ein bedeutender Erfolg des Diabetes-Teams Heidi Hüttner-Roth, Tina Bernhardt und Ralf Mootz, das mit Blick auf die Zertifizierung neue Behandlungsstandards und Abläufe etablieren konnte, von denen die Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes profitieren. „Ich mag keine Salbe an den Füßen“, sagt die 75-jährige Gerti M., Patientin in der Kardiologischen Fachklinik. „Ich habe auch noch nie Fußpflege gebraucht.“ Doch eine offene Stelle am Fuß erfordert schnelles Handeln.

„Gerade das Diabetische Fußsyndrom fand hier im HKZ bei Patienten, deren Einlieferung durch andere Erkrankungen begründet war, nicht immer die notwendige Beachtung. Insgesamt kam der Nebendiagnose Diabetes mellitus nicht der gebührende Stellenwert zu“, sagt Heidi Hüttner-Roth. Das hat sich dank des Engagements des Diabetes-Teams geändert, diabetesassoziierte Probleme werden nun schnell erkannt. Heidi Hüttner-Roth und Tina Bernhardt starteten vor fünf Jahren mit der Diabetes-Beratung in der kardiologischen Rehabilitationsklinik. Schnell

kamen Anfragen aus anderen Teilen des 576-Betten-Zentrums, zu dem neben der Kardiologischen, Kardiochirurgischen und Neurologischen Klinik auch Rehakliniken der Kardiologie, Neurologie und Orthopädie gehören.

Im Mai 2013 begann das Team auf die neue DDG Zertifizierung hinzuwirken. „Ohne dieses Projekt wären innerhalb des HKZ die nunmehr realisierten neuen Behandlungsstrukturen für Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes nicht durchsetzbar gewesen“, ist Mootz überzeugt. Dazu gehört, dass nun bei jedem

Diabetiker – und das sind 30 Prozent der Patienten des HKZ – nach der Aufnahme ein Konsilbogen per Fax an das Diabetes-Team gesendet wird. Ein Teammitglied besucht daraufhin innerhalb von 48 Stunden den Patienten: Nach der Anamnese durch Diabetespezialisten wird die Therapieempfehlung gegeben und dokumentiert. Neben der Etablierung neuer Abläufe und Strukturen schulte das Team zwei Pflegekräfte pro Station zu den wichtigsten Diabetesthemen.

EINSATZ HAT SICH GELOHNT

Die neuen Standards sind eine Erleichterung für Ärzte und Pflegepersonal. Die neuen Behandlungsstrukturen inklusive Diabetesberatung führen nicht zu Mehrkosten, sondern durch verbesserte Erfassung und kürzere Liegezeiten sogar zu Mehrerlös. Und der wahre Lohn sind Rückmeldungen der Patienten wie etwa: „Die Klinik haben wir ausgesucht wegen der Diabetiker-Betreuung. Das Team ist gut in ihren Schulungen und Erklärungen und mit Herzblut dabei.“ Auch die HKZ-Verwaltung habe erkannt, so Hüttner-Roth, dass positive Patientenerfahrungen sowie die Presseberichte rund um die Zertifizierung den Ruf des Zentrums steigern.

v.l.: Tina Bernhardt, Ralf Mootz, Heidi Hüttner-Roth



GESUNDHEIT UND SOZIALE UNGLEICHHEIT

WIE ERREICHT PRÄVENTION DIE RICHTIGEN?

DIETRICH GARLICH

Die gesundheitlichen Folgen von Armut sind unbestritten: Ärmere und bildungsferne Schichten sind dreimal so häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen; bereits in Schuleingangsuntersuchungen sehen wir bei Kindern aus ärmeren Stadtvierteln ein zehnfach erhöhtes Risiko von Übergewicht gegenüber denen aus wohlhabenderen Vierteln. Diese Entwicklung setzt sich im Erwachsenenalter fort und zeigt bei den Lebensstilkrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen eine deutliche soziale Asymmetrie. Das Ergebnis ist, dass die wirtschaftlich Schwächsten 20 Prozent unserer Gesellschaft etwa zehn Jahre kürzer leben als die wirtschaftlich Stärksten.

Angesichts dieses gesellschaftlichen Skandals sollte man eine intensive politische Debatte darüber erwarten, wie wir die gesundheitliche Chancengleichheit am besten korrigieren können. Eine solche Debatte findet aber bislang in Deutschland, anders als auf internationaler Ebene, kaum oder nur in Ansätzen statt. Würden wir es mit ansteckenden Krankheiten zu tun haben, hätten wir längst eine intensive Diskussion und würden viele Millionen oder Milliarden Euro ausgeben, um die Epidemie unter Kontrolle zu bringen. Es wird immer wieder übersehen, dass die nichtübertragbaren Krankheiten heute etwa 80 Prozent der Krankheiten und vorzeitigen Todesfälle verursachen. Das individuelle Leiden und die volkswirtschaftlichen Schäden sind enorm. Jetzt versucht die Bundesregierung mit einem Präventionsgesetz eine Antwort zu finden. Über die Risikofaktoren ist man sich einig: Es geht um schlechte und zu kalorienreiche Ernährung, zu wenig Bewegung, Rauchen und übermäßigen Alkoholgenuss. Die entscheidende Frage ist, wie man diese Risikofaktoren zurückdrängen kann.

GREIFT DAS PRÄVENTIONS-GESETZ?

Der von der Bundesregierung jetzt vorgelegte Gesetzentwurf versucht diesen dramatischen Entwicklungen mit verstärkten Präventionsangeboten entgegenzutreten. Die Krankenkassen sollen vermehrt Gesundheitskurse in den sogenannten Lebenswelten wie Betrieben und Kommunen anbieten.

Die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll erweitert werden und Ärzte sollen die Patienten verstärkt zur gesundheitlichen Vorbeugung anhalten, alles in allem ein Appell an die Vernunft des Einzelnen, seinen Lebensstil zu ändern.

An die individuelle Verantwortung zu appellieren ist allerdings schon in der Vergangenheit gescheitert. Sonst hätten wir nicht die Explosion der Adipositaswelle und den damit verbundenen Tsunami der chronischen Krankheiten. Ganz offensichtlich erreichen Ermahnungen und Angebote zur Verhaltensprävention vor allem diejenigen, die sie nicht brauchen, während die nicht so gesundheitsbewussten, ärmeren und bildungsfernen Schichten von dieser Strategie nicht erreicht werden.

VERHALTENS- UND VERHÄLTNIS-PRÄVENTION

International wird daher seit Jahren ein Paradigmenwechsel von der Verhaltensprävention hin zur Verhältnisprävention gefordert – um es mit dem Slogan der WHO zu sagen: „to make the healthy choice the easier choice“. Wenn wir als Gesellschaft eine zunehmend „adipogene“ und gesundheitsschädigende Umwelt geschaffen haben, dann sollten wir sie so verändern, dass dem Einzelnen gesundheitsförderliche Entscheidungen leichterfallen.

Entsprechende Vorschläge der WHO und UN umfassen zum Beispiel eine Steuer auf dick machende Lebensmittel



Schlagzeile in der Daily Mail vom 9. Januar 2014

mit besonders hohem Zucker-, Fett- und Salzanteil und – als sozialen Ausgleich – eine entsprechende Steuerentlastung für gesunde Lebensmittel. Alkopops verschwanden sehr schnell nach der Einführung einer entsprechenden Steuer und die Halbierung der Raucherquote unter Jugendlichen haben wir erst durch die massive Erhöhung der Tabaksteuer erreicht, nicht durch Aufklärung und Information. Auch die Einführung einer täglichen Stunde Sport in Kita und Schule würde alle Kinder in einem frühen Alter erreichen, unabhängig von ihrem sozialen Milieu.

EIGENVERANTWORTUNG VS. PATERNALISMUS

Von den liberalen Befürwortern der „Eigenverantwortlichkeit“ werden solche verhältnispräventiven Maßnahmen abgelehnt. Sie befürchten eine Ausweitung von staatlicher Gängelerei, Paternalismus und Überregulierung. Dabei werden entscheidende Dinge übersehen. Das Festhalten an der „Eigenverantwortung“, so richtig dies im Prinzip ist, führt zu der skizzierten sozialen Verwerfung und Ungerechtigkeit mit den katastrophalen Folgen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Und es gibt keine „Waffengleichheit“ zwischen Gesundheitsinformationen und massivem Marketing der Lebensmittelindustrie. Für Süßwaren werden hundertmal so viele Werbegelder ausgegeben wie für Obst und Gemüse. Und das Budget der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beträgt nicht einmal 1 Prozent allein der Süßwarenwerbung.

GEFAHRENABWEHR

Auch wird übersehen, dass die Gesellschaft eine Verpflichtung zur Gefahrenabwehr hat. Im Straßenverkehr ist das selbstverständlich. Autofahrern verordnen wir eine Gurtpflicht, Motorradfahrer müssen einen Helm tragen. Aber bei dem „Massenkiller“ der nichtübertragbaren Krankheiten tun wir uns aus ideologischen Gründen schwer, wirksame Maßnahmen umzusetzen.

Natürlich ist jede Überregulierung zu vermeiden und die Vielzahl an Detailregelungen, auch in der Gesundheitspolitik, ist ein Übel. Da haben die Marktliberalen völlig recht. Aber hier geht

es um Krankheit und vorzeitigem – vermeidbarem – Tod von Millionen von Menschen. Gefragt ist also eine intelligente Präventionsstrategie, die sich nicht im Klein-Klein von Einzelmaßnahmen der Krankenkassen und immer mehr Projektitis ergeht, sondern die in der Lage ist, auch die sozial Schwächeren vor Krankheit und vorzeitigem Tod zu schützen.

Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung sind ein gesamtgesellschaftliches Projekt, das, so scheint es, den Gesundheitsminister und auch die Verantwortlichkeit eines Großteils der Bevölkerung überfordert. Eine Zucker-/Fettsteuer wäre eine intelligente Strategie, die dem Einzelnen via Preis-signal helfen würde, gesündere Kaufentscheidungen zu treffen, und die der Lebensmittelindustrie Anreize böte, gesündere Produkte zu entwickeln. Angesichts der explodierenden Kosten im Gesundheitssystem wird uns früher oder später gar nichts anderes übrig bleiben. Und die ideologischen Bedenken der Konservativen werden schnell beiseitegeschoben werden, wenn erst der Druck der Wirtschaft wächst, angesichts des zunehmenden Arbeitskräftemangels endlich dem Tsunami der chronischen Krankheiten wirkungsvoll zu begegnen.

Dietrich Garlich ist Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft



Die Einwohner von Berkeley stimmten für eine Getränkesteuer.

EINBINDUNG DER FACHGESELLSCHAFTEN BEI DER BEWERTUNG NEUER MEDIKAMENTE

DIRK MÜLLER-WIELAND, MONIKA KELLERER, BAPTIST GALLWITZ, STEPHAN MATTHAEI, ERHARD SIEGEL

Bei der Gesundheitspolitik stehen neben Entwicklungen bei der Forschungsförderung, der transsektoralen Versorgung und der Prävention, die unter anderem im Entwurf des Präventionsgesetzes sowie vor dem Hintergrund auch des europäischen Anliegens eines nationalen Diabetesplans diskutiert werden, Beurteilungen innovativer Medikamente im Rahmen des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Vordergrund.

Ziel der Bewertung eines Zusatznutzens im Rahmen des AMNOG durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das in aller Regel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt wird, ist nicht – um diesem Missverständnis vorzubeugen – eine Beurteilung von Effektivität und Sicherheit, sondern allein, ob eine neue Substanz im Rahmen der zugelassenen Anwendung, die in der Fachinformation niedergelegt ist, einen „Zusatznutzen“ im Vergleich zu einer vom G-BA festgelegten „Vergleichssubstanz“ hat.

Der Hintergrund des AMNOG, seines Verfahrens und seiner klinischen Implikationen sind an anderer Stelle nachzulesen (Müller-Wieland, D. et al., Diabetologie & Stoffwechsel, 2013; 8: 1–3 und Gallwitz, B. et al. im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2015, Seite 161–170). Die Aktivitäten zielen darauf ab, Änderungen im Verfahren einzufordern, eine größere Interaktion mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) anzustreben,

Wir hoffen, dass wir durch weitere Diskussionen, Gespräche und Öffentlichkeitsarbeit die Prozesse bei der Umsetzung des AMNOG verbessern können.

gesundheitspolitische Foren zu initiieren, laufende Verfahren und ihre Entscheidungen durch Pressemitteilungen in der Öffentlichkeit zu kommentieren und auf inhaltliche Missverständnisse hinzuweisen.

AMNOG UND EINBINDUNG WISSENSCHAFTLICHER FACHGESELLSCHAFTEN

Wie bereits im Mai 2013 wurde auch im Jahr 2014 wieder im Rahmen der Methodenbewertung des AMNOG gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften eine Stellungnahme zum Verfahren formuliert, die unter anderen folgende Forderungen beinhaltet:

1. Einbindung der Fachgesellschaften bei der Festlegung der Vergleichssubstanz
2. Einbindung der Fachgesellschaften bei der Formulierung der Fragestellung
3. Einbindung der Fachgesellschaften bei der Festlegung der „Endpunkte“ zur Bewertung des Zusatznutzens

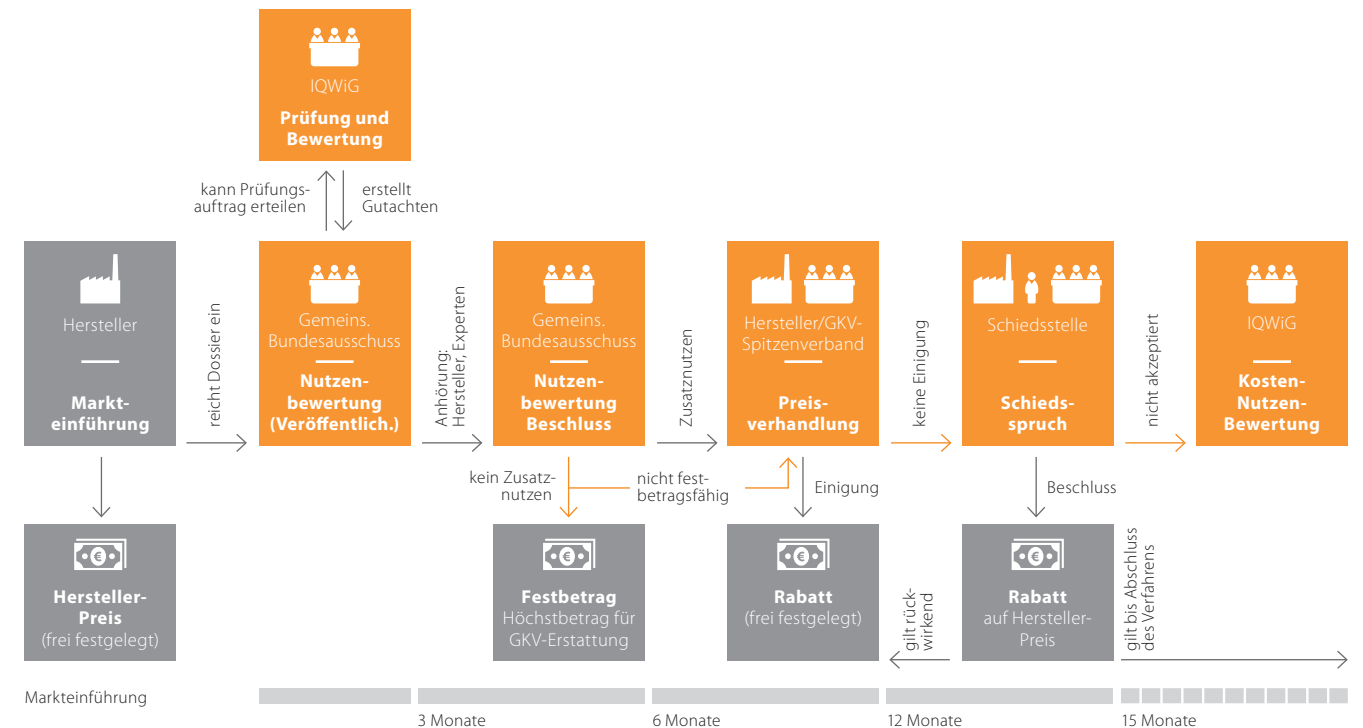
4. Einbindung der Fachgesellschaften bei der Einbindung von externen Gutachtern
5. G-BA muss eventuelle Abweichungen von Leitlinien begründen.

Diese Forderungen sind auch in eine gemeinsame noch zu konsultierende Stellungnahme der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) eingeflossen.

INTERAKTION MIT DER ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT (AKDÄ)

Da der G-BA verpflichtet ist, Entscheidungen zu treffen, die dem „medizinischen Sachverstand“ des SGB V entsprechen, ist es wichtig darzulegen, dass aus Sicht des G-BA und IQWiG die Fachgesellschaften kein politisches Mandat für die Festlegung des „medizinischen Standards“ haben. Für die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen definiert den „medizinischen Standard“ die AkdÄ. Da aus unserer Sicht hiermit die AkdÄ einen in ihren Statuten nicht vorgesehenen, aber gesetzprägenden Handlungsauftrag erhalten hat, versucht die DDG Verständnis bei der AkdÄ und der Bundesärztekammer (BÄK) zu gewinnen, dass die Fachexpertise der DDG möglichst strukturiert und transparent bei diabetesspezifischen Fragen berücksichtigt wird. Hierzu hat es Gespräche mit dem Vorstand sowie der Geschäftsführung der AkdÄ und mit dem Präsidenten der BÄK gegeben, um Möglichkeiten diesbezüglich auszuloten.

PREISGESTALTUNG IN DER GKV NACH DEM ARZNEIMITTELNEUORDNUNGSGESETZ (AMNOG)



POLITISCHE DISKUSSIONSFÖREN ZUM THEMA

Um die Bedeutung dieses gesundheitspolitischen Spannungsfeldes auch mit den verschiedenen Interessengruppen in der Öffentlichkeit zu diskutieren und darzulegen, beteiligt sich die DDG an entsprechenden Foren. Eine Veranstaltung befindet sich gemeinsam mit der AWMF und anderen Fachgesellschaften in Vorbereitung. Es gibt ein Symposium auf der diesjährigen Jahrestagung der DDG am Freitag, den 15. Mai 2015. Zudem gibt es eine Veranstaltung am 22. April 2015 in Berlin, wo wir unter anderen Josef Hecken als unparteiischen Vorsitzenden des G-BA begrüßen dürfen.

BEWERTUNGS-VERFAHREN IM RAHMEN DES AMNOG

Leider sind die Bewertungsverfahren im vergangenen Jahr bei Diabetes-Medikamenten immer negativ ausgefallen. Die DDG war bei jeder Anhörung des G-BA vertreten. Die Stellungnahmen der DDG und entsprechende Pressemitteilungen können auf der Webseite der DDG eingesehen werden.

MISSVERSTÄNDNISSE BEI DER BEURTEILUNG EINES ZUSATZNUTZENS

Die immer wiederkehrenden Argumente, die aus unserer Sicht zu einer falschen Beurteilung der Substanzen durch das IQWiG bzw. den G-BA führen, wurden noch einmal in einem Schreiben im Dezember 2014 an den Vorsitzenden des G-BA, Josef Hecken, zusammengefasst.

Dies betrifft insbesondere die Einschätzung, der HbA1c sei ein „reiner Surrogat-Parameter“. Hier wurde noch einmal dargelegt, dass der Zusammenhang zwischen Höhe des HbA1c mit Inzidenz und Progression mikrovaskulärer Komplikationen mit Evidenz belegt ist.

Zudem werden die Beurteilungen immer so diskutiert, als ob Sulfonylharnstoffe eine adäquate und ausreichende Alternative zu neuen Medikamenten seien. Wir haben darauf hingewiesen, dass in der klinischen Versorgung berücksichtigt werden sollte, dass viele Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nicht zielwertorientiert eingestellt sind! Dies bedeutet, dass in der klinischen

Praxis die Möglichkeit, neue Substanzen bei unzureichender Stoffwechseleinstellung im Rahmen einer Kombinationsbehandlung zusätzlich zu geben, eine neue Qualität der Einstellung ermöglicht. Insofern sind neue Substanzen in der klinischen Praxis nicht eine Alternative zu Sulfonylharnstoffen, sondern ergänzen in aller Regel unser therapeutisches Spektrum.

Zudem befürchtet die DDG bei der weiteren Umsetzung des AMNOG in bisheriger Form, dass die Versorgung mit innovativen Präparaten am Ende nicht durch Evidenz, sondern durch eine von wissenschaftlichen Kriterien unabhängige Preisgestaltung bestimmt wird.

Wir hoffen, dass wir durch weitere Diskussionen, Gespräche und Öffentlichkeitsarbeit die Prozesse bei der Umsetzung des AMNOG verbessern können.

Dirk Müller-Wieland (Vorsitzender), Baptist Gallwitz, Monika Kellerer, Stephan Matthaei, Erhard Siegel sind Mitglieder der DDG Kommission gesundheitspolitische Fragen

MEHR LEITLINIEN ALS ALLE ANDEREN FÄCHER

Eine der Kernaufgaben der DDG ist die Leitlinienarbeit. Leitlinien helfen Ärzten bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine medizinische Maßnahme in Klinik und Praxis. Sie entstehen im Expertenkonsens nach Bewertung der Evidenz von Studien, Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und bewährter Verfahren. Die DDG hält mehr Leitlinien aktuell als alle anderen Fächer: Sieben Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), 15 S2/S3-Leitlinien, 17 Praxisempfehlungen, sechs Pocket-Guidelines (inklusive App) und vier Patientenleitlinien. Sie noch besser im Behandlungsalltag zu verankern und Patienten stärker anzusprechen sind aktuelle Herausforderungen der DDG.

Mit 43 wissenschaftlich basierten Leitlinien steht die DDG an der Spitze aller medizinischen Fachrichtungen. In 2014 häufig zitiert und viel beachtet wurde die 2013 neu aufgelegte Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Therapie des Typ-2-Diabetes“. Bei dieser Leitlinie hatten sich die DDG und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) darauf verständigt, in einer Präambel unterschiedliche Sichtweisen festzuhalten und transparent zu machen.

S2-LEITLINIE „PSYCHOSOZIALES UND DIABETES“

Lang erwartet, 2013 veröffentlicht und 2014 viel beachtet: die überarbeitete S2-Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“. Dieses Projekt wurde von der DDG unter der Federführung von PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer initiiert und gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e. V., dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) und Diabetes und Psychologie e. V. erarbeitet und 2013 konsentiert.

Primär wurden die psychischen Störungen bearbeitet, die in einem deutlichen Zusammenhang zum Diabetes mellitus stehen und für die ausreichende Evidenz vorliegt. Neu aufgenommen wurden die Themen „Kognitive Beeinträchtigungen und Demenz“ sowie „Schizophrenie“. Die aktualisierte Leitlinie soll dazu beitragen, die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von psychosozialen Problemen und komorbiden psychischen Erkrankungen bei Menschen mit Diabetes oder einem erhöhten Diabetesrisiko in Deutschland zu verbessern, die Rate diabetesassoziierter Komplikationen und diabetesassoziierter Folgeschäden zu senken und die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes zu steigern.

S2-LEITLINIE „DIABETES IM ALTER“

Seit Dezember 2014 ist die S2-Leitlinie „Diabetes im Alter“ in Überarbeitung. Die letzte Fassung wurde 2004 vorgestellt. Verantwortlich für die neuen Inhalte, die sich an der IDF-Leitlinie und der JAGS-Leitlinie der American Geriatrics Society orientieren, ist eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter der Leitung von PD Dr. med. Andrej Zeyfang, ab Mitte Mai 2015 übernimmt Dr. Anke Bahrmann die Leitung. Der Fokus liegt auf häufig auftretenden Funktionsstörungen Älterer, wie Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau, Instabilität, iatrogenen Schaden, Interaktion Syndrome-Diabetes und Ernährung.

Ziele sind einerseits die Lebensqualität, größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit sowie soziale Bindungen Betroffener zu erhalten oder zu verbessern, andererseits geriatrische Syndrome wie Demenz zu vermeiden oder zu vermindern.

S3-LEITLINIE „DIABETES UND SCHWANGERSCHAFT“

Die S3-Leitlinie „Diabetes und Schwangerschaft“ aus dem Jahr 2008 wurde 2013/2014 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Ute Schäfer-Graf grundlegend aktualisiert und die Gültigkeit damit um weitere fünf Jahre verlängert. Berücksichtigt wurden unter anderem neue Daten zu langwirksamen Analoginsulinen.

NEUE LEITLINIEN ZU PRÄVENTION, THERAPIE, ERNÄHRUNG UND FÜHRERSCHEIN

Kurz vor Vollendung stehen die neue Fassung der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ aus 2009, für die Professor Dr. med. Andreas Neu verantwortlich ist, sowie die S3-Leitlinie „Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus – Empfehlungen zur Proteinzufuhr“ unter der Leitung von Professor Dr. med. Andreas Pfeiffer.

Derzeit in Überarbeitung ist die Nationale Versorgungsleitlinie „Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen“ von 2006. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) entstand die S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas, die im Juni 2014 veröffentlicht wurde. Der Ausschuss Diabetes und Soziales der DDG brachte sich 2014 inhaltlich in die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen ein. Diese stellt einen Paradigmenwechsel dar: Bei der Begutachtung ist nun grundsätzlich davon auszugehen, dass gut eingestellte und geschulte Menschen mit Diabetes Fahrzeuge aller Fahrerlaubnisklassen sicher führen können. Der Ausschuss Diabetes und Soziales erarbeitet derzeit unter der Führung von Oliver Ebert und Professor Dr. med. Reinhard Holl eine S2-Leitlinie „Diabetes im Straßenverkehr“.

Darüber hinaus ist für 2015 die Entwicklung einer neuen S2-Leitlinie „Prävention des Typ-2-Diabetes“ unter Leitung von PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer geplant.

NEUE PRAXISEMPFEHLUNG „DIABETES IM KRANKENHAUS“

Die Praxisempfehlungen der DDG spielen eine wichtige Rolle bei Fragen zur unmittelbaren praktischen Versorgung von Patienten. Eine Expertengruppe unter der Leitung von DDG Präsident PD Dr. med. Erhard Siegel hat 2014 die Ausarbeitung einer neuen Praxisempfehlung „Diabetes im Krankenhaus“ begonnen. Diese stellt einen umfassenden praxisorientierten Leitfaden für alle Abteilungen im Krankenhaus dar, die mit Diabetes in Berührung kommen. Ihre Inhalte basieren auf evidenzbasierten Leitlinien der DDG, auf nationalen Versorgungsleitlinien sowie aktuellen wissenschaftlichen Publikationen. Die neue Praxisleitlinie wird 2015 vorgestellt. Sie soll Krankenhäusern und Abteilungen mit wenig Diabetesexpertise eine Orientierungshilfe bieten und dazu beitragen, die Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetes im Krankenhaus zu verbessern, Behandlungsstandards in Krankenhäusern zu etablieren und die multidisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus zu fördern.

EVIDENZBASIERTE LEITLINIEN DER DDG – UNTER BETEILIGUNG DER DDG

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIEN

- NVL Therapie des Typ-2-Diabetes
- NVL Diabetesstrukturierte Schulungsprogramme
- NVL Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter
- NVL Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter
- NVL Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen (Typ 2)
- NVL Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen
- NVL Chronische Herzinsuffizienz

WEITERE EVIDENZBASIERTE LEITLINIEN

- Psychosoziales und Diabetes
- Diabetes und Schwangerschaft
- Gestationsdiabetes mellitus
- Therapie des Diabetes mellitus Typ 1
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus
- Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Prävention und Therapie der Adipositas
- Körperliche Aktivität und Diabetes mellitus
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter
- Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz
- Extrakranielle Karotisstenose; Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter
- Histopathologische Diagnose der nicht alkoholischen und alkoholischen Fettlebererkrankung
- Parenterale Ernährung
- Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen
- Ernährungsempfehlung zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus – Empfehlungen zur Proteinzufuhr (in Bearbeitung)
- Down-Syndrom (in Bearbeitung)
- Sekundärprävention des Schlaganfalls (in Bearbeitung)
- Diabetes und Parodontitis (in Bearbeitung)
- Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (in Bearbeitung)
- Prävention des Typ-2-Diabetes (in Bearbeitung)

PRAXISEMPFEHLUNGEN

- Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus
- Diabetische Neuropathie
- Nephropathie bei Diabetes
- Diabetische Retinopathie und Makulopathie
- Diabetes mellitus und Herz
- Therapie des Typ-1-Diabetes
- Stellungnahme zur Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“
- Praxisempfehlungen DDG/DGIM – Therapie des Typ-2-Diabetes – Kurzfassung
- Adipositas und Diabetes mellitus
- Psychosoziales und Diabetes
- Diabetisches Fußsyndrom
- Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Diabetes mellitus im Alter
- Diabetes, Sport und Bewegung
- Gestationsdiabetes mellitus (GDM)
- Diabetes und Schwangerschaft
- Diabetes im Krankenhaus (in Bearbeitung)

PATIENTEN-LEITLINIEN

- Diabetes und Schwangerschaft
- Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes)
- Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter
- Nervenschädigung bei Diabetes im Erwachsenenalter

POCKET-GUIDELINES

- Typ-1-Diabetes
- Typ-2-Diabetes
- Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus
- Diabetes mellitus bei Frauen
- Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Diabetes mellitus im Alter

IN ENGLISCH VERFÜGBARE LEITLINIEN

- Diagnosis, Treatment and Follow-up of Diabetic Neuropathy
- Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus
- Clinical Guidelines: Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus
- Patient Guideline: Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus
- Structured Education Programmes

EHRUNGEN UND PREISE 2014

Jedes Jahr würdigt die DDG herausragende wissenschaftliche Leistungen in der Diabetologie mit Forschungspreisen. Darüber hinaus verleiht sie für besonderes Engagement im Dienste der Diabetologie Medaillen und fördert auf Antrag wissenschaftliche Projekte. Über die Vergabe der Preise, Ehrungen und Förderungen entscheidet eine vom Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft eingesetzte Jury.



Paul-Langerhans-Medaille
Professor Dr. med. Matthias von Herrath, La Jolla, USA

Im Jahr 2014 verlieh die Deutsche Diabetes Gesellschaft ihre höchste Auszeichnung an Matthias von Herrath. Dem Diabetesforscher ist es mit seinem Team gelungen, durch eine kombinierte Immuntherapie Typ-1-Diabetes bei Mäusen zu heilen. Er leitet in San Diego eine Forschergruppe am La Jolla Institute, die sich mit histopathologischen Untersuchungen des humanen Typ-1- und Typ-2-Diabetes befasst, und ist seit 2012 Vice President bei Novo Nordisk, um Immuntherapien des Typ-1-Diabetes klinisch umzusetzen. Von Herrath ist einer der weltweit führenden Diabetesforscher im Bereich des Typ-1-Diabetes.



Hellmut-Otto-Medaille
Dr. med. Alexander Risse, Dortmund

Wegen seines außerordentlichen Engagements in Diabetes-Schulung, -Ausbildung und -Versorgung wurde Alexander Risse mit der Hellmut-Otto-Medaille 2014 ausgezeichnet. Er ist seit mehr als zehn Jahren Vorsitzender des Dortmunder Diabetes Netzes und Gründungsmitglied des Diabetesnetzes Bergisches Land. In der DDG ist Risse in mehreren Fachgremien sehr aktiv. Seit 2003 ist er Mitglied der Leitlinienkommission „Diabetisches Fußsyndrom“ der DDG. Ende 2010 hat er eine Expertengruppe „Diabetisches Fußsyndrom“ gegründet und den Aufbau einer umfassenden Datenbank begonnen, um die Behandlungsergebnisse dieser Diabetes-Folgeerkrankung langfristig zu verbessern.



Gerhardt-Katsch-Medaille
RA Oliver Ebert, Stuttgart

2014 ging die Gerhardt-Katsch-Medaille an den Rechtsanwalt Oliver Ebert. Seit 1979 ehrt die DDG mit dieser Medaille Menschen, die sich besonders um das Wohl der Menschen mit Diabetes verdient gemacht haben. Ebert setzt sich seit vielen Jahren ehrenamtlich für Menschen mit Diabetes ein: In bislang über 5.000 Fällen hat er Betroffene kostenfrei beraten oder vertreten. Neben der bekannten Tagebuchsoftware DIABASS hat Ebert 1996 das Online-Portal www.diabetes-forum.de und 2005 die virtuelle Selbsthilfegruppe www.diabetes-friends.de ins Leben gerufen. 2012 kam die Webseite www.diabetes-und-recht.de hinzu, auf der er regelmäßig über aktuelle Rechtsthemen informiert.



Werner-Creutzfeldt-Preis 2014
Prof. Dr. med. Michael Stumvoll, Leipzig

Für seine herausragenden Forschungsarbeiten zur Pathophysiologie und Pathogenese des Typ-2-Diabetes wurde Michael Stumvoll mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis 2014 geehrt. Gemeinsam mit PD Dr. Anke Tönjes forscht er gegenwärtig an der Identifikation genetischer Modulatoren, die die Serumkonzentration von Adipokinen beeinflussen.

Der Werner-Creutzfeld-Preis der DDG wird an forschende Mediziner und Naturwissenschaftler für außerordentliche Arbeiten auf dem Gebiet der Pathophysiologie und Therapie des Diabetes mellitus, insbesondere mit dem Schwerpunkt auf dem Gebiet „gastrointestinale Hormone“, verliehen.



Ferdinand-Bertram-Preis
Professor Dr. med. Juris Jendrik Meier, Bochum

Der Ferdinand-Bertram-Preis 2014 wurde an Juris Jendrik Meier aus Bochum verliehen. Er erhielt diesen Preis für seine Forschung zur Bedeutung der Inkretinhormone in der Physiologie, Pathophysiologie und Therapie des Typ-2-Diabetes und verwandter Stoffwechselerkrankungen. Er ist als Gutachter für verschiedene Fachmagazine tätig und seit 2014 Mitherausgeber der Zeitschrift „Diabetologia“.

Der mit 20.000 Euro dotierte Ferdinand-Bertram-Preis wird seit 1963 zu Ehren des 1960 verstorbenen Diabetologen Ferdinand Bertram verliehen und mittlerweile von Roche gestiftet. Preisträger sind jüngere Diabetologen bis zum 40. Lebensjahr.

Empfänger Allgemeine Projektförderung 2014: Prof. Dr. rer. nat. Simone Baltrusch • Die Rolle von Parkin in den Beta-Zellen des Pankreas • 10.000,00 € | Dimitra Bogdanou • Wirkung einer Vitamin-D-Substitution auf die Prävention und Behandlung der diabetischen Neuropathie und des diabetischen Fußsyndroms (DFS) • 10.000,00 € | Dr. med. Anja Böhm • Auswirkung von w3- und w6-Fettsäuren auf humane Monozyten bezüglich der M1/M2-Polarisation • 8.000,00 € | Dr. rer. nat. Yvonne Böttcher • Parent of origin effects within PRDM16 in obesity • 8.000,00 € | Dipl.-Biol. Maren Carstensen • Interaktion zwischen Sfrp5 und Inflammation: ein neuer Mechanismus der Hemmung der Insulinsekretion in humanen pankreatischen Betazellen • 15.000,00 € | Dr. rer. nat. Orietta D'Orlando • Neglected regulatory cell populations in Type 1 Diabetes (T1D) • 10.000,00 € | Dr. rer. nat. Gesine Flehmig • Assoziation von Resolvinen mit der Fehlfunktion des Fettgewebes und Parametern des Glukosestoffwechsels • 10.000,00 € | cand. med. Patrick Friedrichs • Diabetische Retinopathie und Inflammation – Die Rolle des Krüppel-Like Faktors 2 • 8.000,00 € | Dr. rer. medic. Yannick Frieder Fuchs • Killer-profiling. Single cell characterization of autoreactive CD8+ T cells in type 1 diabetes • 9.979,00 € |

Dr. rer. nat. Rainer Fürst • Impact of gestational diabetes compared to hyperglycemic T1D-pregnancy on offspring – epigenetic marks • 9.300,00 € | Nele Görgler • Beziehungen zwischen Insulin- und Glucagonsekretion in Abhängigkeit von Depolarisation und Nährstoffangebot • 10.000,00 € | Dr. rer. nat. Susan Kralisch-Jäcklein • Betatrophin – ein neues Adipokin mit Einfluss auf die Fettzellphysiologie und Glukosemetabolismus • 10.000,00 € | Dr. rer. nat. Stephanie Kullmann • Einfluss einer Lebensstilintervention auf die morphologische Plastizität des Gehirns • 10.000,00 € | Dr. oec. troph. Merit Lagerpusch • Rolle von ARFRP1 und dessen Downstream-Kaskade in der Insulinsekretion und Glucosehomöostase • 14.500,00 € | Nicole Lakowa • Bestimmung von Fettdepot-spezifischen Unterschieden in der Erneuerungsrate des Fettgewebes anhand von Telomerlängen • 10.000,00 € | Dr. biol. hom. Ling Li • Einfluss der Adiponektin-Paralogue CTRP1-15 auf den myokardialen Glukose-Metabolismus diabetischer Mäuse • 8.000,00 € | Dr. med. Barbara Ludwig • Auswirkungen eines Typ-1-Diabetes während der Schwangerschaft auf die plazentarvermittelte fötale-maternale Immuntoleranz • 10.000,00 € | Dr. med. Knut Mai • Veränderung der gewebespezifischen metabolischen Flexibilität im Skelettmuskel und



Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis 2014
Dr. med. Barbara Ludwig,
Dresden

Die DDG ehrte die Diabetologin und Transplantationsmedizinerin Barbara Ludwig für ihre Forschungstätigkeit in der experimentellen und klinischen Inseltransplantation bei Diabetes mellitus Typ 1 mit dem Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis 2014. Die Arbeitsschwerpunkte ihrer international anerkannten Arbeitsgruppe liegen im experimentellen Bereich. Unter anderem beurteilt sie eine bioartifizielle Kammer zur Inseltransplantation, die Insel-Xenotransplantation, eine funktionelle Charakterisierung und Qualitätskontrolle isolierter humaner Pankreasinseln und bewertet alternative Transplantationsorte für Inseltransplantation.



Silvia-King-Preis 2014
Dipl.-Ern.-Wiss.
Nicole Scheuing, Ulm

Für ihre Forschungstätigkeit zum Diabetes und zu assoziierten Erkrankungen erhielt die Diplom-Ernährungswissenschaftlerin Nicole Scheuing aus Ulm den Silvia-King-Preis 2014 der DDG. Die Preisträgerin arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie am ZIBMT, Universität Ulm. Dort widmet sie sich seit Februar 2013 ihrer Promotionsarbeit zum Thema „Glucose metabolism and nutritional status in cystic fibrosis-related diabetes“. Der Silvia-King-Preis wird an jüngere Wissenschaftler auf dem Gebiet der klinischen Diabetologie verliehen.



Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Dr. rer. nat. Amin Ardestani, Bremen

Den Förderpreis der DDG erhielt 2014 Amin Ardestani für seine Dissertation mit dem Titel „Targeting beta-cell apoptosis in diabetes: The role of mammalian Sterile Kinase 2 (MST1)“. Seit Juni 2008 forscht Ardestani über Funktionen und den Erhalt von β -Zellen beim Typ-2-Diabetes. Er leitet seit 2012 eine Projektgruppe am Islet Biology Laboratory. Sein Hauptforschungsinteresse gilt der Identifikation pathologischer Mechanismen des Diabetes mellitus, insbesondere der Signalübertragungswege von Insulinresistenz, β -Zell-Dysfunktion und Diabetesprogression.



Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung
Professorin Dr. med. Anne Jörns,
Hannover

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung wurde 2014 an die von Anne Jörns geleitete Arbeitsgruppe am Institut für Klinische Biochemie der Medizinischen Hochschule Hannover für eine präklinische Studie an der LWE.1AR1-iddm-Ratte, einem Tiermodell des menschlichen Typ-1-Diabetes, verliehen. Dabei geht es um die Forschungsfrage nach, welche Kombination eines Zytokin-Antikörpers mit einem T-Zell-antikörper optimal geeignet zur Regeneration und zum Erhalt der Beta-Zellen nach Diabetesmanifestation ist.



Hellmut-Mehnert-Projektförderung 2014
Professor Dr. med.
Thomas Bobbert, Berlin

Die Hellmut-Mehnert-Projektförderung erhielt 2014 Thomas Bobbert, Mitarbeiter der Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Bobbert überzeugte die Jury mit seinem Förderantrag für die Erforschung des Einflusses von Betatrophin auf den Glucosestoffwechsel. Das Zytokin Betatrophin stimuliert im Pankreas die Proliferation von Beta-Zellen und könnte der Schlüssel für die Entwicklung einer neuen Diabetestherapie sein. Die nach dem renommierten Diabetologen Hellmut Mehnert benannte Förderung wird jedes Jahr für den von der DDG als besten bewerteten Projektförderantrag gewährt.



Menarini-Projektförderung 2014
Dr. med. Natalia Rudovich,
Nuthetal

Für ihre herausragende ernährungsmedizinische Forschungstätigkeit wurde 2014 Natalia Rudovich von der DDG mit der Menarini-Projektförderung ausgezeichnet. Sie erhält sie für ihre Publikation „Effect of weight changes under different diets on regulation of natriuretic peptide system“. Darin untersucht sie den blutdrucksenkenden Mechanismus des atrialen natriuretischen Peptids und die Zusammenhänge dieses Botenstoffs mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes. Die Menarini-Projektförderung wird seit dem Jahr 2001 von der Deutschen Diabetes Gesellschaft verliehen und ist an Arbeiten geknüpft, die eine besondere Relevanz für die Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus haben.

Fettgewebe unter Gewichtsreduktion • 10.000,00 € | **Dr. rer. nat. Ilir Mehmeti** • Die Bedeutung des oxidativen Stresses im ER für den Betazelltod im Diabetes mellitus • 13.800,00 € | **Dr. med. Günter Páth** • Regeneration einer substanziiell geschädigten β -Zellmasse durch das anti-inflammatorische Protein p8 • 11.700,00 € | **Melanie Penke** • Der NAD-Stoffwechsel in der Pathogenese der nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung als Komorbidität des Typ-2-Diabetes mellitus • 8.000,00 € | **Dr. phil. nat. Marissa Penna-Martinez** • Immunmodulation bei Typ-1-Diabetes: individuelle Vitamin-D-Effekte auf die Genexpression • 10.000,00 € | **PD Dr. med. Klemens Raile** • Genetic screening for monogenic causes of human beta cell dysfunction using target enrichment for next-generation sequencing • 10.000,00 € | **Prof. Dr. med. Ingo Rustenbeck** • Die Bedeutung des NADPH-Thioredoxin-Systems für die Amplifikation der Glucose-induzierten Insulinsekretion und für den Glucose-induzierten beta-Zellmassenverlust • 9.400,00 € | **PD Dr. med. Jörn Schattenberg** • Bedeutung von Insulinresistenz und hepatischer Inflammation bei der Entstehung der nicht-alkoholischen Fettleber (NAFL) • 8.500,00 € | **Dr. rer. nat. Ludger Scheja** • Lipidomics in humanen Lebern zur Abgrenzung der hepatischen Insulin-

resistenz von hepatischer Entzündung • 9.171,00 € | **PD Dr. med. Sven Schinner** • Evaluierung von pankreatischen alpha-Zelllinien vs. primären Inseln als Modell für das Ansprechen auf metabolische und pharmakologische Stimuli • 10.000,00 € | **Apothekerin, Dipl.-Pharm. Kirstin Schumacher** • Mitochondrien im submembranären Raum von insulinsezierenden MIN6-Zellen • 9.900,00 € | **M.Sc., RD, PhD-Student Marie-Christine Simon** • Impact of the gut microbiota on insulin deficient autoimmune diabetes in Toll-like receptor 4 deficient non-obese diabetic mice • 8.000,00 € | **PD Dr. med. Frauke von Versen-Höyneck** • Exploration of the effect of hyperglycemia and diabetes on fetal endothelial health and the potential of vitamin D to prevent endothelial injury • 8.000,00 € | **PD Dr. rer. nat. Andreas Wagner** • Role of oxidative protein modification in maintaining endothelial cell function during the onset of diabetic nephropathy in vitro and in vivo • 10.000,00 € | **Dr. rer. nat. Diana Maria Willmes** • Die Wirkung von humanem INDY auf die metabolische Regulation • 10.000,00 € | **Dr. rer. biol. hum. Claudia Ziegler** • SweetKICK – Randomisierte Crossover-Studie zur Wirksamkeit einer Adipositaschulung für Familien mit adipösen 8–12-jährigen Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 • 9.780,00 €

DIABETES VON KINDESBEINEN AN

DIE RICHTIGE EINSTELLUNG ZÄHLT

„Iss bitte auf!“ – „Wo ist das Blutzuckermessgerät?“ – „Zank nicht mit deinen Geschwistern!“ – „Jetzt wird nicht gespielt, wir müssen messen! Nicht nachher – jetzt!“ Rund 30.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland leben mit Diabetes Typ 1. Für sie und ihre Familien ist die chronische Krankheit eine große Herausforderung und in vielen Fällen auch eine enorme psychische Belastung. Prof. Dr. Karin Lange, Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), und PD Dr. Bernhard Kulzer, Psychotherapeut am Diabetes-Zentrum in Bad Mergentheim, erläutern, wie die Betroffenen von einer speziell auf Diabetes ausgelegten psychosozialen Betreuung profitieren können.

Wie ein Blitz aus heiterem Himmel trifft Eltern die Diagnose „Diabetes Typ 1“. Das eigene Kind chronisch krank, jetzt und für immer? Viel Zeit bleibt jedoch nicht, um sich darüber zu grämen. Bereits während des ersten stationären Aufenthalts des Kindes tauchen die Eltern notgedrungen in die „Welt des Diabetes“ ein. Sie sprechen mit Kinderdiabetologen, Diabetesassistenten und Diabetesberatern, sie lernen alles über Blutzuckermessungen, über die Berechnung der Mahlzeiten und erste Anzeichen von Unterzuckerungen. Oft werden sie dabei auch psychologisch unterstützt.

Die wenigsten Eltern benötigen eine Psychotherapie, fast alle aber wünschen sich eine psychologische Beratung.

Karin Lange

„Stationär ist der psychologische Part meist abgedeckt. Im ambulanten Bereich jedoch wird die psychosoziale Unterstützung nicht finanziert, obwohl sie gerade da gebraucht wird“, sagt Karin Lange. „Die wenigsten Eltern benötigen eine Psychotherapie, fast alle aber wünschen sich eine psychologische

Beratung, um ihren Alltag mit dem diabeteserkrankten Kind gut zu bewältigen.“

Eine mangelnde psychologische Unterstützung in der Anfangszeit kann jedoch ungünstige psychische Folgen haben. „Mütter von Kindern mit Diabetes haben beispielsweise ein erhöhtes Risiko, depressiv zu werden“, sagt Bernhard Kulzer. „Diabetes ist nicht einfach etwas, das nebenherläuft, es ist ein Full-Time-Job“, ergänzt Karin Lange. „Man muss konstant beobachten, was das Kind macht, und mit der Therapie in Einklang bringen. Ob es ums Essen geht oder ums Schlafen, um Aufregung oder Bewegung oder darum, eine Hypoglykämie bei kleinen Kindern überhaupt zu erkennen – es ist eine enorme Herausforderung für die Eltern, der Therapeut des eigenen Kindes zu sein.“

Der Diabetes sitzt jeden Tag mit am Tisch. Dagegen anzukämpfen hilft nicht.

Bernhard Kulzer

Die Schwierigkeiten der Eltern wiederum wirken sich direkt auf die kleinen Patienten und ihre Zukunft mit Diabetes aus. „Meist besteht ein deutlicher Zusammenhang: Kommen Eltern mit dem Diabetes schlecht zurecht, kommt zumeist auch das Kind damit schlecht klar“, erläutert Kulzer. „Eltern haben eine wesentliche Vorbildfunktion: Im besten Fall lernt das Kind von ihnen, Diabetes als einen ganz normalen Bestandteil des Lebens anzunehmen und in den Alltag zu integrieren. Kinder lernen das sehr schnell, sie kennen es ja nicht anders! Es sei denn, die Eltern hadern selbst und übertragen ihre Unsicherheiten und Ängste auf ihre Kinder.“

In diesem Fall ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Pubertät und Erwachsenwerden zur nächsten Herausforderung werden und dass die Kinder auch später im Leben immer wieder mit ihrer Krankheit kämpfen. Dem kann durch psychosoziale Betreuung entgegengewirkt werden. „Im Mittelpunkt stehen dabei die enge Bindung zwischen Eltern und Kind und die richtige Einstellung zum Diabetes“, erläutert Karin Lange. „Wer schon während der frühkindlichen Phase keinen guten Kontakt zu seinem Kind entwickelt, kann diesen Kontakt in der Pubertät kaum noch herstellen. Wer die Krankheit nicht akzeptiert und in das Familienleben integriert, wird sich womöglich immer damit schwertun“. In der Kindheit wird die Basis dafür gelegt, ob es später Probleme gibt oder nicht, weiß die Expertin. Und die potenziellen Probleme haben es in sich, sagt Bernhard Kulzer: „In der Pubertät heißt es dann bei manchen Jugendlichen: ‚Ich will nicht spritzen! Ich will mich nicht an feste Zeiten, an Blutzuckerwerte und bestimmte Mahlzeiten halten!‘ Hier ist es besonders wichtig, dass die Eltern Zugang zu ihren Kindern haben.“

Deshalb treiben die Fachleute das Thema nach Kräften voran. Jüngst wurde das Curriculum der Weiterbildung zum Fachpsychologen DDG um das Seminar „Verhaltensmedizinische Grundlagen des Diabetes bei Kindern und Jugendlichen“ erweitert. Gemeinsam mit der Psychologin Dr. Heike Saßmann von der Medizinischen Hochschule Hannover hat Karin Lange außerdem „Delfin – Das Elternprogramm für Familien von Kindern mit Diabetes“ entwickelt. „Diese Schulung werden wir evaluieren und gehen davon aus, dass sie anschließend bei nachgewiesener Wirksamkeit auch von den Kassen finanziert wird.“

Delfin behandelt alle wesentlichen Aspekte des Alltags von Kindern mit Diabetes. Die Eltern lernen, wie sie mit ihren Kindern über die Stoffwechselstörung sprechen und sie ermutigen können, aber auch, wie sie ihnen am besten vermitteln, was sie tun und lassen sollen. Darüber hinaus kommt ihre eigene Situation zur Sprache. „Auch Eltern sind nur Menschen. Allein schon nachts aufstehen zu müssen, um den Blutzucker des Kindes zu messen, kann Mütter und Väter auf Dauer müde machen“, sagt Karin Lange. Im Arbeitsalltag erlebt sie übrigens durchaus viele positive Beispiele. „Es gibt viele Eltern, die das traumhaft machen, aber es schaffen eben nicht alle“, sagt sie. „Die richtige Einstellung zählt“, fasst Bernhard Kulzer zusammen. „Der Diabetes sitzt jeden Tag mit am Tisch. Dagegen anzukämpfen hilft nicht. Wichtig ist es deshalb für Eltern und Kinder, eine positive Lebenseinstellung in Bezug auf den Diabetes zu gewinnen.“

Wie wichtig das Thema „Psychosoziale Betreuung von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern“ ist, wird auch daran deutlich, dass die 2009 erschienene S2-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ derzeit entsprechend aktualisiert wird. Die Aspekte Patientenschulung, Anforderungen der Diabetestherapie, Umgang mit Folgeerkrankungen, psychische Erkrankungen und Alltagsbewältigung werden darin wieder ausführlich dargestellt und bei den Empfehlungen berücksichtigt werden.



Mit dem DELFIN-Schulungsprogramm trainieren Eltern, wie sie typische Familienkonflikte rund um den Diabetes bei Kindern lösen.



Ein persönliches Erinnerungsfoto als Souvenir: Die Fotobox am DDG Stand war ein Magnet – beim Diabetes Kongress im Mai ließen sich viele Kongressteilnehmer fotografieren.



Beim Festabend am 30. Mai im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin feierten die Gäste unter dem Motto „DDG bewegt“ ausgelassen das Jubiläum bis in den frühen Morgen.

DDG Präsident Erhard Siegel und Kongresspräsidentin Anette-Gabriele Ziegler ehrten beim Diabetes Kongress zahlreiche Preisträger und verdienstvolle Mitglieder.



DAS JUBILÄUMSJAHR DER DDG IN BILDERN

Das 50-jährige Bestehen der DDG zog sich wie ein roter Faden durch die Kongresse und Aktivitäten 2014. Der Jubiläumskongress vom 28. bis 31. Mai 2014 in Berlin war mit 6.500 Besuchern der bestbesuchte Kongress. Vorträge, Workshops und das Rahmenprogramm mit Jubiläumsparty und Festabend begeisterten die Teilnehmer. Die gemeinsame Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Adipositas Gesellschaft vom 21. bis 22. November 2014 stand ganz im Zeichen einer engen fachübergreifenden Zusammenarbeit.



Die DDG ist Gründungsmitglied der „Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten“ (DANK), eines Zusammenschlusses von 17 Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen. Auf einer Pressekonferenz stellte DANK eine politische Strategie zur Primärprävention vor. Kabarettist Eckart von Hirschhausen und Olympiasieger im Gewichtheben Matthias Steiner unterstützten die Experten der beteiligten Fachgesellschaften.



//

50 Jahre DDG – das bedeutet 50 Jahre Engagement im Interesse der Patienten, für eine leistungsstarke Forschung, verbesserte Versorgung und Therapien sowie breitenwirksame Aufklärung und Prävention!

Erhard Siegel, DDG Präsident



Ob im Austausch mit Mitgliedern, Politikern, Nachwuchs-Diabetologen oder Kongressbesuchern: Die persönliche Begegnung und der offene Dialog liegen der DDG besonders am Herzen.

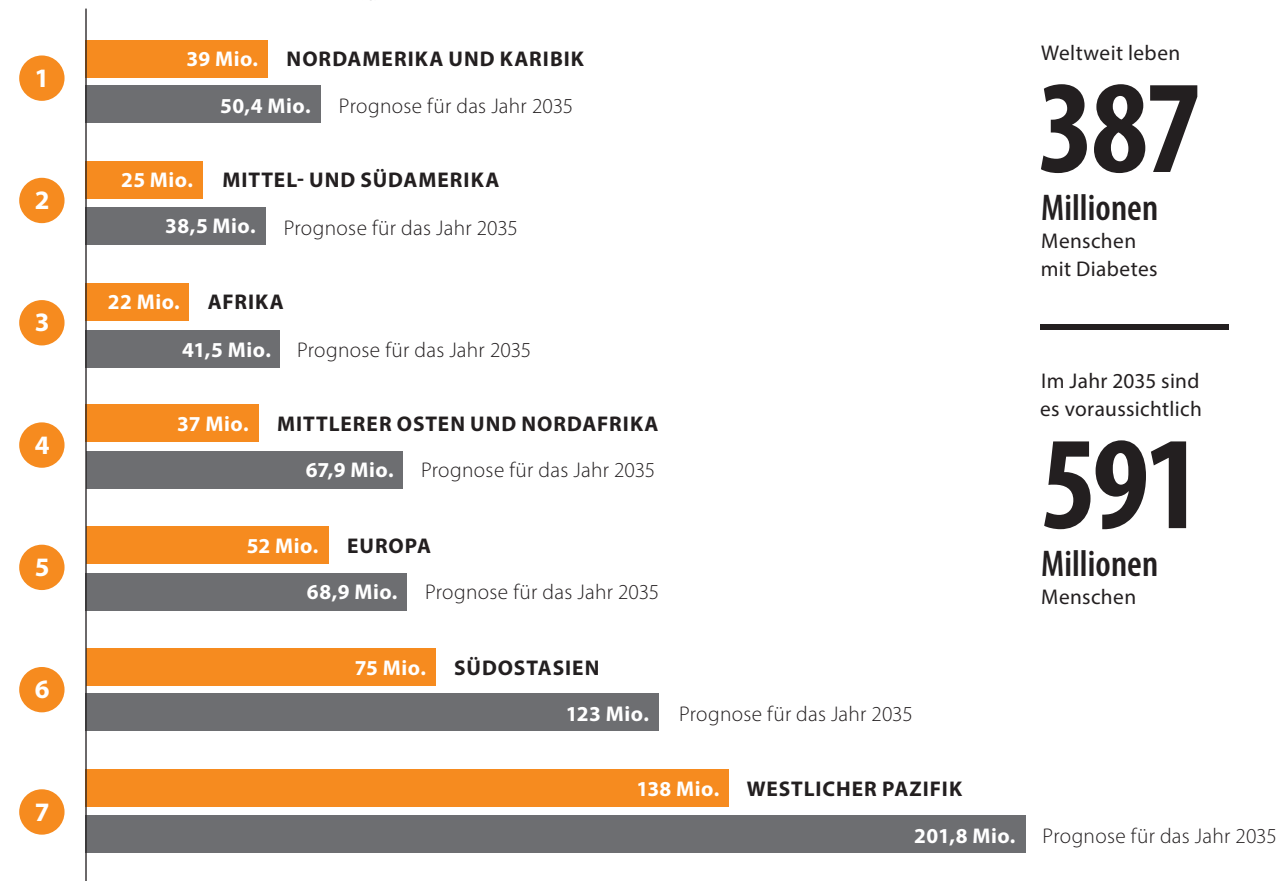


Der Diabetes Kongress und die Diabetes Herbsttagung sind für wissenschaftliche Diabetesexperten wie DDG Gründungsmitglied Hellmut Mehnert (oben) und auch für künftige Diabetologen, darunter die Stipendiaten (links), jedes Jahr die Gelegenheit für den fachlichen Austausch. Die Kongresspräsidenten der Herbsttagung Jochen Seufert und Wieland Kiess stellen die fachübergreifende Behandlung von Diabetes und Adipositas in den Mittelpunkt.



DIABETES – WELTWEITE PANDEMIE

Geschätzte Anzahl der Menschen mit Diabetes (20- bis 79-Jährige)



Weltweit leben

387
Millionen
Menschen
mit Diabetes

Im Jahr 2035 sind
es voraussichtlich

591
Millionen
Menschen

Quelle: 6. Ausgabe des IDF Diabetes Atlas, Update 2014. IDF sammelt diese Daten aus verschiedenen Quellen, deren Qualität sehr unterschiedlich und deren Vergleichbarkeit darum eingeschränkt ist.

1 NORDAMERIKA UND KARIBIK

Anguilla 13.15 % · Antigua and Barbuda 13.43 % · Aruba 16.24 % · Bahamas 13.14 % · Barbados 14.78 % · Belize 13.52 % · Bermuda 14.94 % · British Virgin Islands 12.96 % · Canada 11.62 % · Cayman Islands 13.24 % · Curaçao 15.9 % · Dominica 11.47 % · Grenada 8.39 % · Guadeloupe 7.94 % · Guyana 14.26 % · Haiti 5.61 % · Jamaica 10.76 % · Martinique 16.08 % · Mexico 11.92 % · Montserrat 13.74 % · Saint Kitts and Nevis 13.21 % · Saint Lucia 8.51 % · Saint Vincent and the Grenadines 9.91 % · Sint Maarten (Dutch part) 13.23 % · Suriname 10.74 % · Trinidad and Tobago 14.17 % · United States of America 11.39 % · United States Virgin Islands 16.24 %

2 MITTEL- UND SÜDAMERIKA

Argentina 5.97 % · Bolivia (Plurinational State of) 6.3 % · Brazil 8.68 % · Chile 12.32 % · Colombia 7.17 % · Costa Rica 9.27 % · Cuba 8.37 % · Dominican Republic 10.74 % · Ecuador 5.71 % · El Salvador 10.55 % · French Guiana 8.16 % · Guatemala 8.93 % · Honduras 9.53 % · Nicaragua 10.32 % · Panama 8.36 % · Paraguay 6.2 % · Peru 6.1 % · Puerto Rico 15.5 % · Uruguay 6.58 % · Venezuela (Bolivarian Republic of) 6.58 %

3 AFRIKA

Angola 1.99 % · Benin 1.34 % · Botswana 2.72 % · Burkina Faso 3.2 % · Burundi 4.17 % · Cabo Verde 5.26 % · Cameroon 4.9 % · Central African Republic 6.49 % · Chad 4.95 % · Comoros 6.82 % · Côte d'Ivoire 4.94 % · Democratic Republic of the Congo 6.65 % · Djibouti 5.67 % · Equatorial Guinea 5.16 % · Eritrea 4.89 % · Ethiopia 4.84 % · Gabon 9.05 % · Gambia 1.56 % · Ghana 3.34 % · Guinea 3.86 % · Guinea-Bissau 3.32 % · Kenya 3.6 % · Lesotho 3.69 % · Liberia 3.34 % · Madagascar 3.3 % · Malawi 5.32 % · Mali 1.29 % · Mauritania 4.82 % · Mozambique 2.47 % · Namibia 5.33 % · Niger 4.35 % · Nigeria 4.64 % · Republic of Congo 5.26 % · Réunion 16.63 % · Rwanda 5.45 % · Sao Tome and Principe 5.03 % · Senegal 4.4 % · Seychelles 12.26 % · Sierra Leone 3.28 % · Somalia 6.45 % · South Africa 8.39 % · South Sudan 8.43 % · Swaziland 3.55 % · Togo 3.99 % · Uganda 4.42 % · United Republic of Tanzania 7.95 % · Western Sahara 10.46 % · Zambia 4.2 % · Zimbabwe 8.48 %

4 MITTLERER OSTEN UND NORDAFRIKA

Afghanistan 6.15 % · Algeria 6.54 % · Bahrain 17.53 % · Egypt 15.42 % · Iran (Islamic Republic of) 8.64 % · Iraq 7.55 % · Jordan 8.89 % · Kuwait 17.87 % · Lebanon 14.36 % · Libya 8.54 % · Morocco 7.45 % · Oman 8.16 % · Pakistan 6.8 % · Qatar 16.28 % · Saudi Arabia 20.52 % · State of Palestine 6.58 % · Sudan 16.15 % · Syrian Arab Republic 7.4 % · Tunisia 9.33 % · United Arab Emirates 10.68 % · Yemen 5.96 %

5 EUROPA

Albania 2.93 % · Andorra 7.44 % · Armenia 2.78 % · Austria 8.97 % · Azerbaijan 2.39 % · Belarus 6.3 % · Belgium 6.33 % · Bosnia and Herzegovina 12.01 % · Bulgaria 7.27 % · Channel Islands 7.36 % · Croatia 6.86 % · Cyprus 10.24 % · Czech Republic 8.87 % · Denmark 8.3 % · Estonia 7.65 % · Faeroe Islands 7.77 % · Finland 8.9 % · France 7.17 % · Georgia 3.11 % · Germany 11.52 % · Greece 7.04 % · Hungary 7.51 % · Iceland 4 % · Ireland 6.41 % · Israel 6.43 % · Italy 7.71 % · Kazakhstan 4.92 % · Kyrgyzstan 5.08 % · Latvia 6.74 % · Liechtenstein 7.8 % · Lithuania 4.84 % · Luxembourg 5.77 % · Malta 10.69 % · Moldova (Republic of) 2.87 % · Monaco 7.69 % · Montenegro 12 % · Netherlands 7.24 % · Norway 6.93 % · Poland 7.08 % · Portugal 13.09 % · Romania 9.28 % · Russian Federation 6.23 % · San Marino 7.43 % · Serbia 11.96 % · Slovakia 9.28 % · Slovenia 10.03 % · Spain 10.58 % · Sweden 6.14 % · Switzerland 7.18 % · Tajikistan 4.54 % · TFYR Macedonia 11.44 % · Turkey 14.71 % · Turkmenistan 4.08 % · Ukraine 3.17 % · United Kingdom 5.38 % · Uzbekistan 5.1 %

6 SÜDOSTASIEN

Bangladesh 6.34 % · Bhutan 4.94 % · India 8.63 % · Maldives 7.97 % · Mauritius 23.5 % · Nepal 4.58 % · Sri Lanka 8.32 %

7 WESTLICHER PAZIFIK

Australia 5.14 % · Brunei Darussalam 7.69 % · Cambodia 2.56 % · China 9.32 % · Cook Islands 25.44 % · Dem. People's Republic of Korea 6.68 % · Fiji 10.71 % · French Polynesia 24.83 % · Guam 21.13 % · Hong Kong SAR (China) 9.92 % · Indonesia 5.81 % · Japan 7.6 % · Kiribati 23.89 % · Lao People's Democratic Republic 4.06 % · Macao SAR (China) 9.33 % · Malaysia 16.61 % · Marshall Islands 37.37 % · Micronesia (Fed. States of) 30.75 % · Mongolia 7.27 % · Myanmar 5.79 % · Nauru 23.47 % · New Caledonia 21.34 % · New Zealand 12.14 % · Niue 13.11 % · Palau 18.72 % · Papua New Guinea 5.22 % · Philippines 5.89 % · Republic of Korea 7.33 % · Samoa 7.16 % · Singapore 12.83 % · Solomon Islands 13.51 % · Taiwan 9.92 % · Thailand 8.45 % · Timor-Leste 5.6 % · Tokelau 29.81 % · Tonga 13.79 % · Tuvalu 15.35 % · Vanuatu 21 % · Vietnam 5.33 %

DEN TSUNAMI DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN STOPPEN

Nach einem aktuellen Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kamen 2012 weltweit 38 Millionen Menschen durch nicht übertragbare Krankheiten (non-communicable diseases, NCD) wie Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes, Krebs oder chronische Atemwegserkrankungen ums Leben. Für das Jahr 2030 sind 53 Millionen Todesfälle prognostiziert. Auch in Deutschland ist die Lage besorgniserregend – etwa 80 Prozent aller Todesfälle lassen sich nach WHO-Angaben auf NCDs zurückführen. Übergewicht, Rauchen, Alkohol und Bewegungsmangel gehören zu den Hauptursachen für nicht übertragbare Krankheiten. Daher haben sich 17 medizinische Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen zur „Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)“ zusammengeschlossen. Sie fordern die Entscheidungsträger von Bund und Ländern auf, endlich einen Paradigmenwechsel für eine Verhältnisprävention einzuleiten, nachdem die jahrelangen Appelle an die Vernunft des Einzelnen gescheitert sind. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) koordiniert die Allianz.

Bereits vor Jahren hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Thema NCD auf die Agenda gesetzt. Im Jahr 2000 verabschiedeten die Mitgliedstaaten eine Resolution, in der sie zusagten, den sogenannten Zivilisationskrankheiten künftig mehr Aufmerksamkeit zu widmen. 2008 vereinbarten die WHO-Mitglieder einen globalen Aktionsplan, in dem Regierungen unter anderem aufgefordert wurden, sich stärker gegen übermäßigen Alkohol- und Tabakkonsum zu engagieren und sich für gesunde Ernährung sowie mehr Sport und Bewegung einzusetzen.

Höhepunkt der internationalen Bemühungen war im September 2011 der UN-Gipfel gegen nichtübertragbare Krankheiten, der erste UN-Gesundheitsgipfel nach dem HIV/AIDS-Summit von 2001. Die UN verabschiedete dabei neun

Ziele zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten.

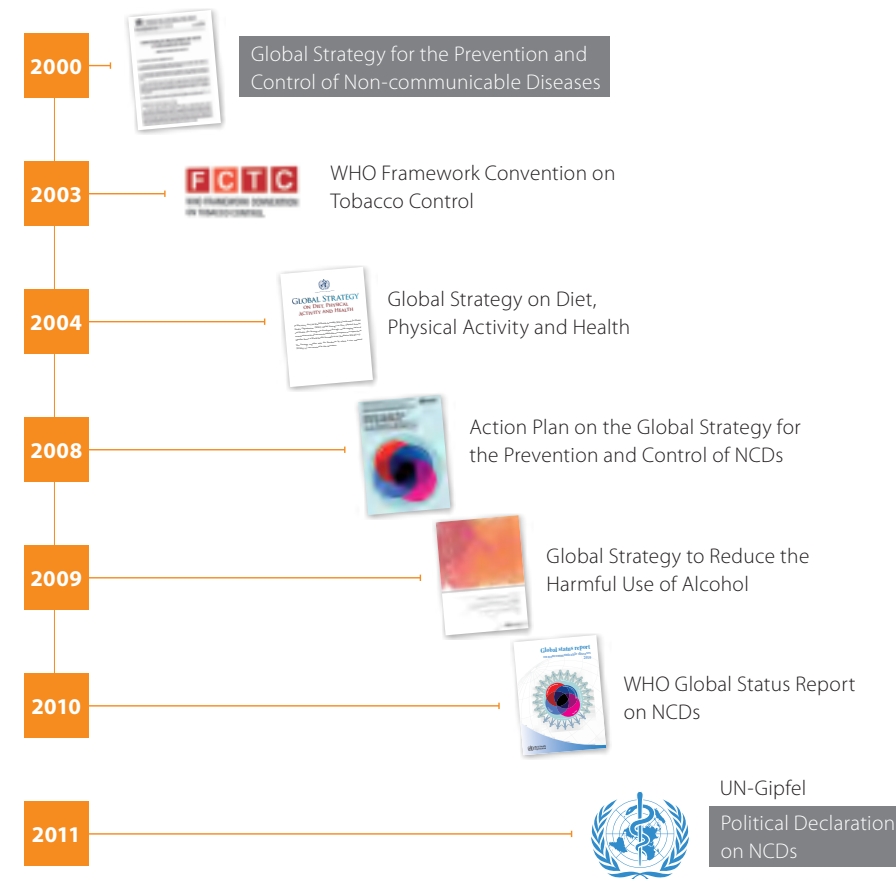
Schwerpunkt der internationalen Diskussion ist die Strategie „to make the healthy choice the easier choice“. Das bedeutet, es nützt wenig, den Menschen zu predigen, sich gesund zu verhalten, sondern man muss es ihnen durch die entsprechende Gestaltung der Umwelt leichtermachen. Im internationalen Diskurs ist es eindeutig, dass wir dringend einen Paradigmenwechsel von der Verhaltens- hin zur Verhältnisprävention brauchen. In der deutschen Debatte ist davon jedoch noch wenig zu spüren.

Die „Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten“ (DANK) empfiehlt besonders vier Maßnahmen für eine bevölkerungsweite und wirkungsvolle Primär-

NEUN GLOBALE ZIELE (GLOBAL ACTION PLAN 2013–2020)

- 25%** Reduzierung vorzeitiger Sterblichkeit durch NCDs bis 2025
- 10%** Verminderung von gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum
- 10%** Reduzierung von körperlicher Inaktivität
- 30%** weniger Salzkonsum
- 30%** weniger Tabakkonsum
- 25%** Reduzierung Prävalenz Bluthochdruck
- Stopp** des Anstiegs von Diabetes und Adipositas
- 50%** der Patienten erhalten Medikamente / Schulung zur Prävention von Herzinfarkt und Schlaganfall (inkl. Blutzuckerkontrolle)
- 80%** der Patienten erhalten notwendige Medikamente zur Behandlung von NCDs

NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN: EIN LANGWIERIGER INTERNATIONALER PROZESS



prävention (vgl. auch Prävention und Gesundheitsförderung 1/2015, S. 1–6):

1. Täglich mindestens eine Stunde Bewegung / Sport in Schulen und Kitas
2. Adipogene Lebensmittel besteuern und gesunde Lebensmittel entlasten (Zucker- / Fettsteuer)
3. Verbindliche Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung
4. Verbot von an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung

Mit solchen Maßnahmen werden auch bildungsferne Schichten erreicht, die besonders von den chronischen Krankheiten betroffen sind und bei denen bisherige Präventionsangebote wenig erfolgreich waren. Dass sich der Plan vor allem an Kinder richtet, kommt nicht von ungefähr: Etwa 15 Prozent

der 3 bis 17-Jährigen sind bereits übergewichtig, 6 Prozent sogar fettleibig. Und aus dicken Kindern werden meist adipöse Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Auch Deutschland hat sich dem globalen Ziel verpflichtet, die vorzeitige Sterblichkeit durch nichtübertragbare Krankheiten bis 2025 um 25 Prozent zu senken sowie die Zunahme von Adipositas und Diabetes zu stoppen. „Wir sind gespannt, welche Maßnahmen die Bundesregierung ergreifen wird, um diesen Verpflichtungen nachzukommen“, erklärte Dietrich Garlichs, Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Sprecher der „Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten“ (DANK).



WIE EINE NEUE ABTEILUNG DIABETOLOGIE ENTSTEHT

„NACH UND NACH STRUKTUREN GESTALTEN“

Ewald H. hat seit ungefähr 25 Jahren Diabetes. Der 77-Jährige ist mit einer ausgedehnten Entzündung am Fußnagel in die Abteilung Diabetologie des St. Marien-Krankenhauses Ahaus-Vreden gekommen und froh, dass er dort wohnortnah spezialisierte Ansprechpartner findet. Die Abteilung für Diabetologie in Ahaus ist noch verhältnismäßig jung. Vor drei Jahren erarbeitete Dr. Joachim Kersken zusammen mit Dr. Martin Lederle ein Konzept für eine sektorenübergreifende, ambulante und klinische Diabetologie an einem bisher nicht spezialisierten Krankenhaus: das St. Marien-Krankenhaus Ahaus. „Bis zu dem Zeitpunkt gab es im gesamten Westmünsterland nichts dergleichen“, berichtet Dr. Kersken. „Patienten aus der Region mussten weite Wege auf sich nehmen.“ Anfang 2013 nahm die Abteilung Diabetologie die ersten Patienten auf.

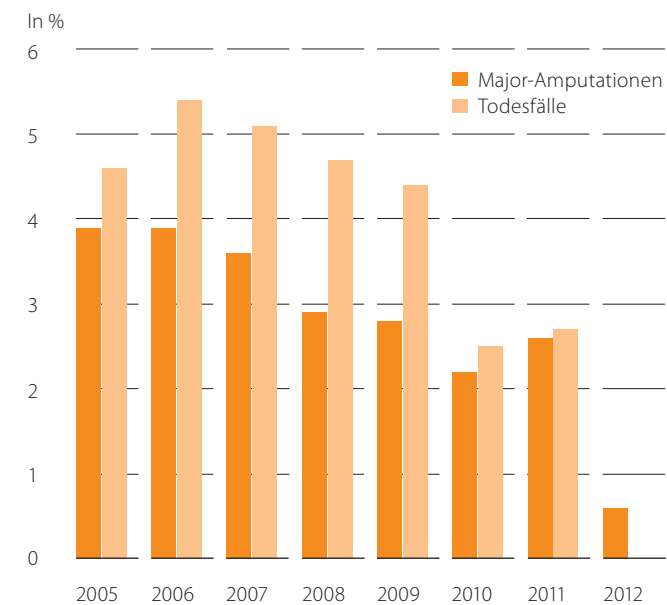


Antje Wagner

Vor Beginn der Aufnahme der eigenen Abteilung Diabetologie fand in der Klinik die stationäre Versorgung von Patienten mit Hauptdiagnose Diabetes nicht statt. Nun können Menschen mit Diabetes dort stationär ihren entgleisten Stoffwechsel qualifiziert einstellen lassen. „Im Gründungsjahr waren es etwa 380 Patienten, 2014 bereits 500 – etwa 40 Prozent davon hatten Probleme mit den Füßen“, erzählt Chefarzt Dr. Kersken, der auch stellvertretender Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Fuß der DDG und zuständig für die seit zehn Jahren erfolgreich durchgeführte Zertifizierung der AG ist.

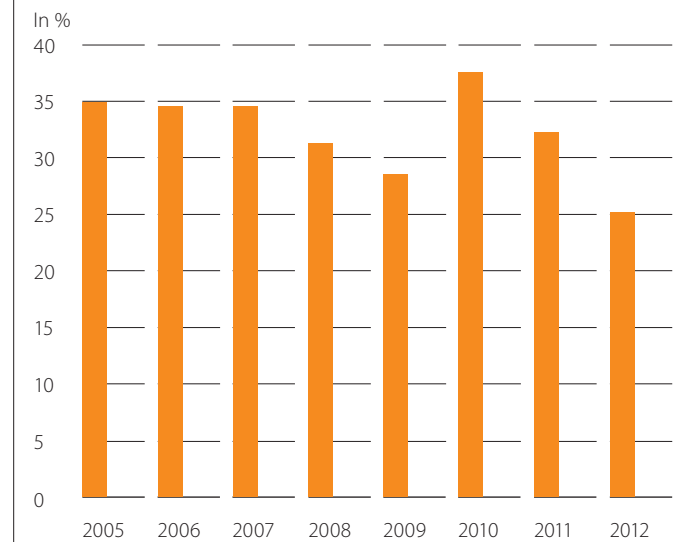
Der Aufbau der Diabetologie im St. Marien-Krankenhaus ist ein kontinuierlicher Prozess, wie Dr. Kersken erklärt: „Eine neue Abteilung kann sich nur unter Respektierung der vorhandenen Strukturen und der bislang angebotenen Medizin mit ihrem neuen Gebiet und ihren differenzierten Wünschen in den laufenden Alltag der Klinik einleben. Dazu gehört, ihre Art der Patientenversorgung mit differenzierter Insulintherapie, Blutzuckermesszeiten, darauf abgestimmter Verpflegung, Wundversorgung und ausgiebigen patientenorientierten Visiten nach und nach zu integrieren.“

MAJOR-AMPUTATIONEN UND TODESFÄLLE ERGEBNISDATEN ZU PATIENTEN AUS ZERTIFIZIERTEN FUSSZENTREN. VON 2005–2012



Quelle: R. Lobmann et al., Wound Medicine 4 (2014) p. 27–29

KLINIKWEISUNGEN ERGEBNISDATEN ZU PATIENTEN AUS ZERTIFIZIERTEN FUSSZENTREN. VON 2005–2012



Quelle: R. Lobmann et al., Wound Medicine 4 (2014) p. 27–29

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT ALS SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG

Eine weitere wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Start des neuen Schwerpunkts Stoffwechseldiabetologie war, neues Fachpersonal einzustellen: „Diabetologe, Diabetesberaterin, Diätassistentin, Psychologe, Chirurg, Radiologe, Gefäßchirurg, Podologe, Orthopädienschuhmacher und Pflegenden müssen im Team zusammenarbeiten.“ Damit dies gelingt, brauche man Persönlichkeiten, Erfahrung und die Bereitschaft, aufeinander zuzugehen. Das gelte auch für die Kooperation mit den regionalen Diabetespraxen und Hausärzten, die neben akuten Stoffwechselproblemen zunehmend Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom und chronische Wundpatienten vorstellen: „Die Zusammenarbeit ist sehr angenehm, kollegial und von gegenseitiger Information gekennzeichnet“, betont Dr. Kersken, „ergänzend wurde ein Qualitätszirkel für die regionalen Diabetespraxen etabliert“. Künftig möchte er auch die Vernetzung mit den anderen Häusern im Klinikverbund Westmünsterland, zu dem das St. Marien-Krankenhaus gehört, weiter ausbauen. Stolz ist Dr. Kersken auf die schon erreichten Ziele: Seine Abteilung ist bereits als Diabeteszentrum DDG für Typ-1- und Typ-2-Patienten und stationäre Fußbehandlungseinrichtung DDG zertifiziert: „Das motiviert das ganze Team!“

PRAXISNAHE WEITERBILDUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT

Die DDG bietet Weiterbildungen zur Diabetesberaterin, Diabetesassistentin und Wundassistentin für nichtärztliches Assistenzpersonal an. Die Curricula zu diesen Weiterbildungen wurden nun überarbeitet. Kathrin Boehm, Dr. Susanne Milek, im QSW-Ausschuss der DDG zuständig für die Diabetesberaterinnen bzw. Diabetesassistentinnen, und Dr. Gerald Engels von der AG Diabetischer Fuß der DDG erläutern Anlass, Ziele und Prozess dieser komplexen und anspruchsvollen Aufgabe.

Seit wann bestanden die bisherigen Curricula?

Boehm: Die Weiterbildung zur Diabetesberaterin gibt es seit 1983, die älteste mir vorliegende Fassung einer Weiterbildungsordnung stammt von 1995, 2001 gab es eine erste Überarbeitung. 2008 wurde beim Treffen der Weiterbildungsstätten in Heringsdorf der Bachelor-Studiengang „Diabetes und Gesundheitsmanagement“ der Mathias Hochschule in Rheine vorgestellt. Es wurde beschlossen, auf Grundlage des Bologna-Prozesses eine Vergleichbarkeit und Anerkennung von Studienleistungen zu ermöglichen und die Weiterbildung zu modularisieren. Diese Konzeption der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ging über zwei Jahre und wurde entscheidend durch Frau Dr. Brigitte Osterbrink, ehemalige Präsidentin der Mathias Hochschule, und ihr Team um Ethel Narbei und die damaligen Weiterbildungsstätten für Diabetesberaterinnen (Rheine, Trier, Jena, Bad Mergentheim und Regensburg) vorangetrieben. Auf Initiative von Frau Narbei wurde das Weiterbildungskonzept beim Bundesinstitut für Berufliche Bildung (BIBB) eingereicht und in der Folge die Mathias Hochschule in Rheine und die DDG 2011 mit dem Weiterbildungs-Innovations-Preis ausgezeichnet.

Milek: Der letzte Stand zum Curriculum der Diabetesassistentinnen stammte aus 2001.

Engels: Das Curriculum für die Wundassistentinnen stammte aus 2007 und bestand aus gerade mal einer einzigen Seite. Sie listete die nötige Stundenzahl für einzelne Themenbereiche der Weiterbildung auf, definierte Inhalte und Lernziele zu den einzelnen Bereichen wurden damals nur angerissen.

Was war der Anlass zu ihrer Änderung und Weiterentwicklung?

Milek: Zum einen die nationale Umsetzung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR), also die Abstimmung seiner Vorgaben mit unseren nationalen bildungspolitischen Besonderheiten. Weitere Anlässe waren die Weiterentwicklung der evidenzbasierten Praxisleitlinien zur Behandlung von Diabetes Typ 2 der DDG und assoziierter Fachgesellschaften sowie die Richtlinie des G-BA von 2011 über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege.

Boehm: 2012 wurde dann vom QSW-Ausschuss die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung zur Diabetesassistentin

DDG verabschiedet. Auf Grundlage dieses Curriculums war der Wunsch des Ausschusses, eine verkürzte Weiterbildung zur Diabetesberaterin für bereits ausgebildete Diabetesassistentinnen zu konzipieren. Diese wurde zwar bereits angeboten, aber es lag bislang noch kein Curriculum vor. Damit die Anschlussfähigkeit an die Inhalte der Diabetesassistentinnen-Weiterbildung sichergestellt ist, mussten sich die Module der Weiterbildung zur Diabetesberaterin daran orientieren.

Engels: Wir wollten, dass in allen Weiterbildungseinrichtungen künftig die gleichen Inhalte gelehrt und vermittelt werden. Vorher waren die Inhalte aber nicht einmal einigermaßen kongruent und die Teilnehmer hinterher auf sehr unterschiedlichem Wissensstand.

Was wurde an den Curricula konkret verändert?

Boehm: 2013 wurde der Rahmenlehrplan Diabetesberaterin mit den Modulbezeichnungen angepasst. Erstmals wurden hier auch die Lernziele formuliert. Da es nun zwei Weiterbildungsformen zur Diabetesberaterin gab, wurden eine allgemeine Prüfungsordnung (APO) und die weiterbildungsspezifischen Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen (WPOs) konzipiert. Seit 2014 basieren die Inhalte nun auch auf dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR). Neu konzipiert wurde durch die Weiterbildungsstätten Trier, Regensburg, Rheine, Jena und Bad Mergentheim die verkürzte Weiterbildung zur Diabetesberaterin mit neuer Bezeichnung „Aufbauqualifikation für Diabetesassistentinnen“.

Milek: Die Inhalte der Weiterbildung zur Diabetesassistentin basieren bereits seit 2012 auf dem Deutschen Quali-

kationsrahmen (DQR). Unter anderem haben wir ein modularisiertes, in den einzelnen Lerneinheiten differenziertes Curriculum erarbeitet, das in Kompetenzbereichen wie Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz und Selbstständigkeit eine genau beschriebene Lernzielorientierung bietet. Außerdem gibt es nun Dokumente zur Qualitätssicherung, die zum Beispiel Anforderungen an eine Hausarbeit und Maßstäbe zur Leistungsbewertung definieren.

Engels: Zunächst haben wir ein inhaltliches Konzept entwickelt, das die Weiterbildung zur Wundassistentin umfassen soll, und uns dabei am praktischen Alltag orientiert: Was müssen künftige Wundassistentinnen zur Entstehung und Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms kennen und wissen? Hieraus ergaben sich immer detailliertere Fragen zu unabdingbaren Kenntnissen. Grundlage zur Ausarbeitung dieser Inhalte waren unter anderem die S3-Leitlinien. Formal wurde die Struktur den anderen Weiterbildungsangeboten der DDG angepasst.

Was sind die Ziele und Vorteile der neuen Curricula für die Weiterbildungsteilnehmer?

Boehm: Die Inhalte und die Prüfungsleistungen orientieren sich stärker am beruflichen Alltag der Teilnehmer, neu sind zum Beispiel ein Fachvortrag zur Rolle des Berufsfeldes der Diabetesberaterin und die Aufgabe, sich selbst in einer Beratungssituation zu filmen und diese anschließend reflektierend zu kommentieren. Sie orientieren sich an den aktuellen wissenschaftlichen Standards und Leitlinien.

Milek: Die Weiterbildung basiert auf dem aktuellen Wissenstand der evidenzbasierten Leitlinien DDG zu Dia-

betes Typ 2. Der Kompetenzerwerb der Teilnehmer erstreckt sich über Fach-, Personal-, Sozial- und Methodenkompetenz. Lehr- und Lernziele sind an konkreten Beispielen ausgerichtet.

Engels: Unser Ziel ist, den Teilnehmern das notwendige umfangreiche Wissen auf dem Gebiet der Wundtherapie nun möglichst substanzvoll und strukturiert zu vermitteln. Dabei lassen wir auch viele persönliche Praxiserfahrungen einfließen, um den Teilnehmern eine gute Basis für ihre künftigen Aufgaben zu bieten.

Wie verlief der Prozess der Weiterentwicklung?

Boehm: Für uns waren es wertvolle zwei Jahre mit wöchentlichen Telefonkonferenzen und jährlichen Treffen in der DDG Geschäftsstelle, in denen die Verantwortlichen aus den Weiterbildungsstätten kontinuierlich und konstruktiv zusammengearbeitet haben. Hierbei sind die langjährigen Lehrerefahrungen in das Konzept eingeflossen, die ein rundum gutes Konzept hervorgebracht haben. Toll wäre es, wenn künftig in gesundheitsbezogenen Studiengängen Teile der Weiterbildung anerkannt würden.

Milek: Weiterentwicklungen verlangen Kraft, Konzentration und Ausdauer, die ohne Motivation nur schwer realisierbar sind. Die Referentinnen und Referenten an den Weiterbildungsstätten der DDG für die Qualifizierung zur Diabetesassistentin DDG erlebten gemeinsam eine erfolgreiche Umsetzung des Curriculums und der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung von 2011. Die Konzeption bis zur Fertigstellung des Curriculums für die Diabetesassistentinnen erstreckte sich über acht Monate. Auch für mich war der Prozess sehr erkenntnisreich!

Engels: Das „Futter der Gelehrten“ in möglichst praktisch vermittelbare Lehr- und Lerninhalte zu übertragen, um den künftigen Wundassistentinnen gutes Handwerkzeug zu geben, war eine Herausforderung. Der ganze Prozess dauerte etwa anderthalb Jahre und war sehr komplex, weil viele Personen daran beteiligt waren. Die inhaltlichen Abstimmungsprozesse verliefen dabei jedoch sehr kollegial und ohne Probleme.

Alle Weiterbildungsstätten der DDG bilden nach den für den jeweiligen Weiterbildungsgang vorgesehenen Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen sowie Curricula einheitlich aus. Der Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) der DDG unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch, sichert dabei die Qualität durch kontinuierliche Begleitung.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft bedankt sich bei allen Beteiligten aus den Weiterbildungsstätten und allen Ausschussmitgliedern für ihr langfristiges und wertvolles Engagement. Sie setzen sich ehrenamtlich und unermüdet für die Professionalisierung des Weiterbildungsangebots der DDG ein und tragen damit in großem Maße zur hohen Anerkennung der DDG als Weiterbildungsanbieter bei.

Die aktuellen Kurstermine der DDG sowie die Kursorte und weitere Informationen zu den Curricula finden Sie unter:

 www.ddg.info/weiterbildung.html



Kathrin Boehm



Susanne Milek



Gerald Engels

DDG STELLUNGNAHMEN 2014

(AUSWAHL)



NUTZENBEWERTUNG VON ALBIGLUTID

Die DDG hält die Einschätzung des IQWiG, dass der Sulfonylharnstoff Albiglutid lediglich einen geringen Zusatznutzen in Kombination mit Metformin und gar keinen in Monotherapie oder in anderen Medikamentenkombinationen habe, für falsch. Eine 104-wöchige klinische Studie, die die Wirkung zwischen Albiglutid und Glimepirid in Kombination mit Metformin verglich, zeigt die zusätzliche Wirkung von Albiglutid deutlich. Die DDG sieht außerdem generell einen Zusatznutzen der GLP-1-Rezeptoragonisten zur Therapie des Typ-2-Diabetes – auch bei Verwendung von mehr als zwei Diabetesmedikamenten oder in Kombination mit Insulin. Hierdurch können insbesondere Hypoglykämien und Körpergewicht reduziert werden. Dies zeigen internationale Studien, Praxisempfehlungen und Positionspapiere.



SCREENING SCHWANGERSCHAFTSDIABETES

Nur Blutentnahmeröhrchen, die neben Natrium-Fluorid auch Citrat enthalten, können zuverlässig über einen Schwangerschaftsdiabetes Auskunft geben. Denn lediglich diese Kombination bewirkt eine nahezu vollständige Glykolyse-Hemmung, die notwendig für eine sichere Diagnose ist. Dennoch nutzen einige Frauenärzte und Labormediziner in Deutschland immer noch Blutentnahmesysteme, die allein Natrium-Fluorid enthalten. Bei diesen Systemen besteht die Gefahr, einen Schwangerschaftsdiabetes zu übersehen. Die DDG und ihre Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Technologie (AGDT) fordern die Krankenkassen auf, bei Nutzung ungeeigneter Systeme die Kostenerstattung für das Screening zu stornieren. Hersteller sollten zudem die Produktion und den Vertrieb reiner Natrium-Fluorid-Blutentnahmesysteme unverzüglich einstellen.



CGM-VORBERICHT DES IQWiG DEFIZITE IN BEWERTUNG

Im Juli 2014 hat das IQWiG den Vorbericht zum Auftrag „Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung (CGM) mit Real-Time-Messgeräten bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus“ des G-BA publiziert. Der systematische Ansatz ist zwar korrekt, es fehlt aber eine würdige Bewertung anderer Faktoren und Studienergebnisse aus dem klinischen Blickwinkel, kritisiert die DDG.

Der IQWiG-Vorbericht geht nicht auf die eigentliche CGM-Messtechnik und deren rapide Weiterentwicklung in den letzten Jahren ein. Die DDG fordert außerdem, dass Endpunkte angepasst und der Nutzen der Kombination von CGM und Insulinpumpe im Bericht erkannt werden. In Bezug auf den HbA1c-Wert gibt es ebenso Unklarheiten wie bei der Definition von Hypoglykämien. Auch bezüglich des Nutzens des CGM bei Kindern und Schwangeren und der Lebensqualität der Patienten greift das IQWiG auf unzureichende Quellen zurück. Die DDG fordert das IQWiG auf, an diesen Stellschrauben nachzujustieren, um den Nutzen einer CGM-Therapie deutlicher darzustellen.



IQWiG-NUTZENBEWERTUNG ZUM INSULIN DEGLUDEEC

Das IQWiG kommt in seiner Nutzenbewertung von Insulin degludec zu dem Ergebnis, dass hierfür weder bei Typ-1-Diabetes noch bei Typ-2-Diabetes ein Zusatznutzen belegt ist. Die DDG kritisiert, dass bei der vorangegangenen Nutzenbewertung durch den G-BA Humaninsulin als falsche Vergleichssubstanz gewählt wurde. Damit werden Patienten wissentlich einem erhöhten Hypoglykämierisiko ausgesetzt. Insbesondere ältere Patienten haben ohne die Therapie mit dem langwirkenden Insulinanalog ein höheres Risiko, nachts zu unterzuckern.

Die DDG verurteilt diese unethische Vorgehensweise, die in der internationalen Diabetologie auf einheitliches Unverständnis stößt, auf das Schärfste. Wie schon bei vorangegangenen Bewertungen berücksichtigt das IQWiG wichtige Studienergebnisse aus formalen Gründen nicht und legt bestehende Leitlinien und die Fachinformation zu Insulin degludec einseitig und damit falsch aus.



DDG KRITISIERT ENTSCHEIDUNG DES G-BA ZU CANAGLIFLOZIN

Die DDG kritisiert die Entscheidung des G-BA, das Diabetesmedikament Canagliflozin nicht von den Krankenkassen erstatten zu lassen. Nachdem der G-BA im Juni 2013 bereits Dapagliflozin einen Zusatznutzen absprach, wird mit dieser aktuellen Bewertung am 12. Juni 2014 die Einführung von SGLT-Hemmern endgültig verhindert. Aufgrund des Beschlusses wird der Vertrieb in Deutschland nun eingestellt.

Diese neue Gruppe von effektiven und sicheren Wirkstoffen kommt jedoch insbesondere für Patienten infrage, die mit anderen Mitteln keine ausreichende Blutzuckersenkung erzielen und den Einsatz von Insulin vermeiden wollen. Bei diesen Patienten kann mit SGLT-2-Hemmern eine deutliche Senkung des HbA1c-Wertes erreicht werden. SGLT-2-Hemmer senken zudem nicht nur den Blutzucker, es kommt auch zu einem leichten Rückgang von Blutdruck und Körpergewicht.



RISIKO FÜR PANKREAS-KARZINOM NICHT BESTÄTIGT

In einer Stellungnahme vom 28. März 2013 widersprach die DDG dem Verdacht, dass Menschen mit Diabetes unter inkretinbasierten Medikamenten ein vermehrtes Wachstum von Pankreaszellen riskieren und ein erhöhtes Risiko für ein Pankreas-Karzinom eingehen. Grund war eine Studie von P. Butler (Diabetes 2013; 62), die dies postulierte. Nachdem ein von der DDG beauftragter Experte bereits Daten und Methodik der Studie bemängelt hatte, bestätigten weitere hochrangige klinische, experimentelle Studien und Reanalysen aus dem Jahr 2014 diese Kritik. Diese neueren Ergebnisse bewogen die FDA und EMA zu einer Stellungnahme, in der ein kausaler Zusammenhang zwischen inkretinbasierten Therapiestrategien und Pankreatitis oder Pankreaskarzinom zurzeit nicht festgestellt werden kann. Diese Einschätzung teilt die DDG nun erneut.

diabetesDE: VORSTELLUNG DER ARBEIT

NICOLE MATTIG-FABIAN

Diabetes aus dem Schattendasein zu holen und dafür auch neue Wege zu gehen, das ist eine der Kernaufgaben von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Dass die chronische Krankheit mehr ist als „das bisschen Zucker“ hat inzwischen auch die Politik verstanden, immer mehr Politiker kommen zu den Veranstaltungen von diabetesDE und beteiligen sich an der Kampagne „Diabetes STOPPEN – jetzt!“.

An Diabetes sterben in Deutschland stündlich drei Menschen. Ein schlecht eingestellter Blutzucker führt Jahr für Jahr zu 40.000 Amputationen und 2.000 Neuerblindungen; außerdem zwingt er weitere 2.300 Menschen mit Diabetes zu einem Leben an der Dialyse. Die Zahl der Erkrankten ist nach Daten des Robert Koch-Instituts von 1998 bis 2011 um 38 Prozent gestiegen. Heute sind mehr als 6 Millionen Menschen in Deutschland von Diabetes betroffen.

Diesen Diabetes-Tsunami aufzuhalten ist ein Problem, das nur ressortübergreifend gelöst werden kann. Hier muss das Bundesgesundheitsministerium in die Pflicht genommen werden, aber auch die Ministerien für Ernährung, Verbraucherschutz und Landwirtschaft, die Kultusministerien der Länder sowie die gesetzlichen Krankenkassen. Seit mehr als sechs Jahren kämpfen wir daher für einen Nationalen Diabetesplan. Unsere Hauptarbeit besteht darin, die Politik von der Notwendigkeit eines solchen Plans zu überzeugen. Dies tun wir in Einzelgesprächen mit Bundestagsabgeordneten und Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums genauso wie im Dialog mit der Politik auf Parlamentarischen Abenden oder bei Round Tables.

HISTORISCHER MEILENSTEIN 2014: BUNDESRATSENTSCHEIDUNG

Einen wichtigen Zwischenerfolg konnten wir im Sommer 2014 verbuchen, als der Bundesrat der Bundesregierung empfohlen hat, sowohl ein Präventionsgesetz als auch einen Nationalen



Dietrich Monstadt (MdB)

Diabetesplan auf den Weg zu bringen. Diese Entschließung des Bundesrats ist zwar rechtlich nicht bindend, unzweifelhaft ist sie jedoch ein starkes politisches Signal. Die Bundesratsentscheidung ist für die deutsche Diabetologie ein historischer Meilenstein, nie waren wir einem Nationalen Diabetesplan näher. Vorangegangen waren viele Gespräche in allen Bundesländern sowie die Bildung von Diabetesbeiräten an vielen Gesundheits- und Sozialministerien der Länder.

HAUPTZIEL IST UND BLEIBT EIN NATIONALER DIABETESPLAN

Das Bundespräventionsgesetz durchläuft derzeit das Gesetzgebungsverfahren. Auch wenn uns das Gesetz nicht weit genug geht, so freut es uns, dass hier „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ als erstes nationales Gesundheitsziel benannt ist. Aber klar ist auch: Ein Bundespräventionsgesetz kann einen Nationalen Diabetesplan keinesfalls ersetzen! Unter dem Dach eines solchen Gesetzes könnte weder ein Diabetesregister erstellt noch adäquat Versorgungsforschung betrieben oder die Versorgungsstrukturen zwischen den Sektoren optimiert werden. Auch die Selbsthilfe könnte nicht gestärkt werden und die optimale Versorgung der Menschen mit Typ-1-Diabetes bliebe ganz auf der Strecke.

Mittlerweile wird uns bestätigt: Das Thema Diabetes ist in der Politik „angekommen“. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat mit Dietrich Monstadt erstmals einen „Berichterstatter für Diabetes und Adipositas“ beauftragt. Seitdem ist Bewegung ins Spiel gekommen. Derzeit diskutiert die Bundesregierung eine Nationale Diabetesstrategie mit Diabetesplänen auf Landesebene. Auch dieser Vorschlag geht uns nicht weit genug: Ein Nationales Register, in das auf der Basis eines Registergesetzes vollständige, reale Versorgungsdatensätze einfließen, ist unabdingbar, um die Qualität der Therapien unter Alltagsbedingungen überprüfen, bundesweit optimieren und vereinheitlichen zu können. Eine „patientenzentrierte“ Versorgung muss darüber hinaus auch nach der Verbesserung der Lebensqualität aus Sicht der Patienten fragen!

FC BUNDESTAG GEGEN FC DIABETOLOGIE

Neben der kontinuierlichen, seriösen Politikberatung mit Daten und Fakten brauchen wir Anlässe, die Interesse bei Politikern aller Parteien und Ausschüsse wecken. So wollen wir König Fußball nutzen, um möglichst viele Akteure an einen Tisch zu bringen. Am 5. Mai 2015 tritt der „FC Bundestag“ gegen den neu gegründeten „FC Diabetologie“ zu einem Benefizspiel an. Im Anschluss folgt ein politisches Symposium, das in die „3. Halbzeit“ integriert wird und bei dem die gesundheitspolitischen Sprecher aller Parteien zu Wort kommen werden. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ist für einen Eröffnungsbeitrag angefragt.



Edgar Franke (MdB), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, und Josef Hecken, Vorsitzender des G-BA

„DIABETES STOPPEN – JETZT!“ ALS KAMPAGNE FORTGESETZT

Auch die vor drei Jahren ins Leben gerufene politische Kampagne „Diabetes STOPPEN – jetzt!“, für die wir 2014 mit dem Deutschen Preis für Onlinekommunikation ausgezeichnet worden sind, setzen wir fort. Vereint setzten sich hier Menschen mit Diabetes, Ärzte, Wissenschaftler und Diabetesberater für eine bestmögliche Versorgung, die Förderung eines gesunden Lebensstils und die Stärkung der Selbsthilfe ein. Im Vordergrund der politischen Botschaft für 2015 steht die Patientensicherheit. Wir rufen alle Betroffenen auf, uns ihre Wünsche, aber vor allem auch ihre Sorgen mitzuteilen. Dies kann per Postkarte an uns oder per digitale „Postkarte“, Foto oder Video auf www.diabetes-stoppen.de erfolgen. Alle Anregungen werden in der Geschäftsstelle ausgewertet und am Weltdiabetestag, dem 14. November 2015, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung Karl-Josef Laumann übergeben.

AUSBLICK 2015

Erfolg in Politikberatung und Akzeptanz bei Medien hat nur, wer konsequent und nachhaltig seriöse Arbeit abliefert, wer von Anfang an transparent ist und berechenbar bleibt. Nur Kontinuität und tragfähige Arbeitsbeziehungen lassen Vertrauen wachsen. Insofern war die Entscheidung, mit diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe alle Kräfte in einer Organisation zu bündeln, die einzige Lösung, Bewegung in das Thema Nationaler Diabetesplan zu bringen. Eine Nationale Diabetesstrategie mit Diabetesplänen auf Landesebene scheint realistisch, die Umsetzung kann aber noch Jahre dauern – Föderalismus ist nicht schnell. Gleichwohl haben wir eine große Chance, diesen Wandel mitzugestalten.

Nicole Mattig-Fabian ist Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

BILANZ

AKTIVSEITE	31.12.2014 EUR	31.12.2013 EUR
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	6.001,00	28.386,50
II. Sachanlagen		
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	22.747,47	32.058,30
III. Finanzanlagen		
Wertpapiere des Anlagevermögens	2.629.017,50	2.573.387,50
	2.657.765,97	2.633.832,30
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	179.985,00	32.562,50
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
2. Sonstige Vermögensgegenstände	44.529,63	80.342,94
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
	224.514,63	112.905,44
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	458.547,37	197.513,99
C. Rechnungsabgrenzungsposten	141.680,00	275.310,00
Summe	3.482.507,97	3.219.561,73

PASSIVSEITE	31.12.2014 EUR	31.12.2013 EUR
A. Eigenkapital		
I. Ergebnisrücklagen	2.624.308,76	2.584.290,31
II. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	40.018,45	77.430,18
III. Einstellung in Rücklagen	-40.018,45	-77.430,18
	2.624.308,76	2.584.290,31
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	0,50	0,50
C. Rückstellungen		
1. Steuerrückstellungen	0,00	2.500,00
2. Sonstige Rückstellungen	187.065,00	150.500,82
	187.065,00	153.000,82
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	66.316,20	58.831,17
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 66.316,20 EUR (Vorjahr 58.831,17 EUR)		
2. Sonstige Verbindlichkeiten	9.320,01	7.738,93
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 9.320,01 EUR (Vorjahr 7.238,93 EUR)		
	75.636,21	66.570,10
E. Rechnungsabgrenzungsposten	595.497,50	415.700,00
Summe	3.482.507,97	3.219.561,73

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

	2014 EUR	2013 EUR
1. Umsatzerlöse	2.245.546,27	1.883.306,04
2. Sonstige betriebliche Erträge	761.732,60	738.086,02
	3.007.278,87	2.621.392,06
3. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren	5.197,36	5.357,87
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	884.055,81	816.384,94
	889.253,17	821.742,81
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	477.731,36	449.003,29
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	82.367,11	76.424,80
davon für Altersversorgung 9.999,96 EUR (Vorjahr 9.999,96 EUR)		
	560.098,47	525.428,09
	-1.449.351,64	-1.347.170,90
Zwischenergebnis	1.557.927,23	1.274.221,16
5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen		
Abschreibungen auf Sachanlagen	39.575,06	50.128,40
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	1.550.403,80	1.214.686,97
Zwischenergebnis	-32.051,63	9.405,79
7. Erträge aus anderen Wertpapieren und Ausleihungen des Finanzanlagevermögens	5.850,00	0,00
8. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	79.427,90	78.208,00
9. Abschreibungen auf Finanzanlagen	2.010,00	4.102,50
10. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	2.393,04	10,00
11. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	48.823,23	83.501,29
12. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	8.804,78	6.071,11
13. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	40.018,45	77.430,18
14. Einstellung in die Ergebnismrücklage	-40.018,45	-77.430,18
15. Bilanzergebnis	0,00	0,00

EINNAHMEN / AUSGABEN

	2014 EUR	2013 EUR	Veränderung EUR	%
EINNAHMEN				
1. Einnahmen				
1.1 Mitgliedsbeiträge	942.085,50	734.701,50	+ 207.384,00	28,2
1.2 Kursgebühr Fortbildung Diabetologie DDG	350.820,00	309.770,00	+ 41.050,00	13,3
1.3 Zertifizierung Behandlungseinrichtungen	116.450,00	75.500,00	+ 40.950,00	54,2
1.4 Kursgebühr Weiterbildung Diabetesberater DDG	645.507,50	609.422,50	+ 36.085,00	5,9
1.5 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG Fuß	13.594,14	10.514,59	+ 3.079,55	29,3
1.6 Erlöse Provisionen Zeitschriften	56.362,94	57.050,04	- 687,10	1,2
1.7 Spenden und Sponsoring	107.159,86	113.353,90	- 6.194,04	5,5
1.8 Frühjahrstagung	475.000,00	475.000,00	+ 0,00	0,0
1.9 Herbsttagung	116.800,00	168.500,00	- 51.700,00	30,7
1.10 Sonstige Einnahmen	141.715,83	125.641,86	+ 16.073,97	12,8
1.11 Anerkennung Klinik für Patienten Nebendiagnose	15.900,00	8.400,00	+ 7.500,00	89,3
Summe Einnahmen	2.981.395,77	2.687.854,39	293.541,38	10,9
Einnahmen gesamt	2.981.395,77	2.687.854,39	+ 293.541,38	10,9
AUSGABEN				
2. Wissenschaftsförderung und Leitlinien				
2.1 Projektförderung, Stipendien	392.080,00	340.457,00	+ 51.623,00	15,2
2.2 Wissenschaftliche Zeitschriften	83.513,10	82.983,93	+ 529,17	0,6
2.3 Leitlinien	17.667,41	19.495,95	- 1.828,54	9,4
2.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u. a.	22.142,00	18.217,00	+ 3.925,00	21,5
2.5 Gremienarbeit	71.629,47	51.929,85	+ 19.699,62	37,9
Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien	587.031,98	513.083,73	+ 73.948,25	14,4
3. Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung				
3.1 Fortbildung Diabetologie DDG	230.390,45	197.291,07	+ 33.099,38	16,8
3.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG	612.180,00	552.500,00	+ 59.680,00	10,8
3.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung	12.061,00	10.085,00	+ 1.976,00	19,6
3.4 Gebühren Zertifizierung Nebendiagnose	13.052,87	6.264,30	+ 6.788,57	108,4
Summe Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung	867.684,32	766.140,37	+ 101.543,95	13,3
4. Kommunikation und Mitgliederbetreuung				
4.1 Medienarbeit / Internet	209.198,02	85.644,82	+ 123.553,20	144,3
4.2 Mitgliederbetreuung	50.641,60	24.445,82	+ 26.195,78	107,2
Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung	259.839,62	110.090,64	+ 149.748,98	136,0
5. Unterstützung diabetesDE e. V.	425.000,00	450.000,00	- 25.000,00	5,6
6. Personalkosten				
6.1 Gehälter	401.559,78	381.181,84	+ 20.377,94	5,3
6.2 Personalnebenkosten	73.522,15	67.519,26	+ 6.002,89	8,9
6.3 Sonstiges	57.221,03	73.199,00	- 15.977,97	21,8
Summe Personalkosten	532.302,96	521.900,10	+ 10.402,86	2,0
7. Verwaltung				
7.1 Büromiete und Nebenkosten	38.865,50	36.428,64	+ 2.436,86	6,7
7.2 Büroausstattung und -material	15.919,42	12.138,93	+ 3.780,49	31,1
7.3 Telefon / Telefonkonferenzen	4.017,38	3.274,17	+ 743,21	22,7
7.4 Laufende EDV-Kosten	39.650,32	43.148,34	- 3.498,02	8,1
7.5 Reisekosten / Bewirtung	28.767,29	13.889,07	+ 14.878,22	107,1
7.6 Beratung	41.762,87	27.708,78	+ 14.054,09	50,7
7.7 Sonstiges	45.585,88	59.568,04	- 13.982,16	23,5
Summe Verwaltung	214.568,66	196.155,97	+ 18.412,69	9,4
8. Investitionen				
8.1 EDV / Software	0,00	0,00	+ 0,00	-
8.2 Betriebs- und Geschäftsausstattung	13.222,73	4.339,06	+ 8.883,67	-
Summe Investitionen	13.222,73	4.339,06	+ 8.883,67	-
Ausgaben gesamt	2.899.650,27	2.561.709,87	+ 337.940,40	13,2
Überschuss	81.745,50	126.144,52	- 44.399,02	
Wesentliche zahlungsunwirksame Vorgänge	- 41.727,05	- 48.714,34	+ 6.987,29	
Ergebnis der Gewinn- und Verlustrechnung	+ 40.018,45	77.430,18	- 37.411,73	

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN WESENTLICHEN VERÄNDERUNGEN

Mit diesem Geschäftsbericht legt die DDG den nach dem Handelsgesetzbuch aufgestellten und freiwillig geprüften Jahresabschluss vor. Außerdem fügen wir zur größeren Transparenz die interne Controlling (Einnahmen / Ausgaben) Rechnung bei. Die DDG ist unseres Wissens nach die einzige wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft, die eine solche interne Controlling-Rechnung veröffentlicht.

Die Ertragslage der Gesellschaft gestaltet sich wie bereits in den Vorjahren weiterhin positiv. Die Gesellschaft schließt das Berichtsjahr mit einem positiven Ergebnis in Höhe von 40 T€ ab.

Die Ausgaben für Wissenschaftsförderung und Leitlinien haben sich um 74 T€ auf 587 T€ (Vorjahr: 513 T€) erhöht. Der Anstieg im Rahmen der Preise und Projektförderung ergibt sich im Wesentlichen aus den von der DDG vergebenen Reisestipendien.

Die Ausgaben für Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung haben sich, dem Trend der letzten Jahre folgend, gegenüber dem Vorjahr weiter erhöht (+ 102 T€). Im Berichtsjahr wurden u. a. drei Kurse der Klinischen Diabetologie durchgeführt (Vorjahr 2,5 Kurse).

Die Kosten für Medienarbeit und Internet erhöhten sich deutlich gegenüber dem Vorjahr um 124 T€ auf 209 T€. Ursächlich hierfür sind im Wesentlichen die Kosten im Zusammenhang mit dem 50-jährigen Bestehens des Vereines, u. a. der Herausgabe einer umfangreichen Festschrift und verstärkter Medienarbeit.

Im Bereich der Verwaltung sind die Ausgaben mit 215 T€ annähernd auf dem Niveau des Vorjahres geblieben.

Die Investitionen des Berichtsjahres belaufen sich auf 13 T€. Diese beinhalten überwiegend diverse Erneuerungen der Hardware des EDV-Systems.

Die Gesamteinnahmen haben sich insgesamt gegenüber dem Vorjahr um 294 T€ auf 2.981 T€ (Vorjahr: 2.688 T€) erhöht. Der Anstieg der Einnahmen verteilt sich auf nahezu alle Bereiche. Der Anstieg bei den Mitgliedsbeiträgen resultiert im Wesentlichen aus deren Erhöhung im Berichtsjahr. Die Zahl der Mitglieder hat weiter leicht zugenommen. Die Einnahmen aus der Frühjahrstagung sind gegenüber dem Vorjahr mit 475 T€ gleich geblieben. Die Erträge aus den Kursgebühren für Weiterbildung Diabetesberater DDG sowie die Kursgebühren für die Fortbildung Diabetologie DDG konnten auch im Jahr 2014 gesteigert werden.

Wie bereits im Jahr 2013 konnte im Berichtsjahr ein Überschuss erzielt werden. Dieser beläuft sich auf 82 T€ nach 126 T€ im Vorjahr.

Unter Berücksichtigung wesentlicher zahlungsunwirksamer Vorgänge konnte der Verein im Berichtsjahr ein positives Jahresergebnis in Höhe von 40 T€ erwirtschaften (Vorjahr: 77 T€).

Die Finanzlage des Vereins ist weiterhin sehr stabil. Es sind liquide Mittel in Höhe von fast einem Jahresbudget vorhanden.

BESTÄTIGUNGSVERMERK DES ABSCHLUSSPRÜFERS An die Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V., Berlin

Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung – unter Einbeziehung des Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung des Jahresabschlusses nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter des Vereins. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss unter Einbeziehung der Buchführung zu geben.

Wir haben unsere Jahresabschlussprüfung nach § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsgemäßer Abschlussprüfung vorgenommen. Danach ist die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass Unrichtigkeiten und Verstöße, die sich auf die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und den Jahresabschluss wesentlich auswirken, mit hinreichender Sicherheit erkannt werden.

Bei der Festlegung der Prüfungshandlungen werden die Kenntnisse über die Geschäftstätigkeit und über das wirtschaftliche und rechtliche Umfeld des Vereins sowie die Erwartungen über mögliche Fehler berücksichtigt. Im Rahmen der Prüfung werden die Wirksamkeit des rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystems sowie Nachweise für die Angaben in Buchführung und Jahresabschluss überwiegend auf der Basis von Stichproben beurteilt. Die Prüfung umfasst die Beurteilung der angewandten Bilanzierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen der gesetzlichen Vertreter sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Jahresabschlusses. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unsere Beurteilung bildet.

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt. Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften.

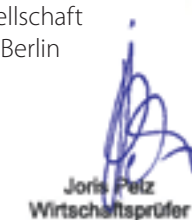
Berlin, 17. Februar 2015

 Solidaris

Solidaris Revisions-GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Zweigniederlassung Berlin




Dirk Römer
Wirtschaftsprüfer


Joris Peitz
Wirtschaftsprüfer

VORSTAND UND GESCHÄFTSFÜHRUNG



PD Dr. med. Erhard Siegel
Präsident



Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz
Vizepräsident



Dr. med. Ralph Ziegler
Schatzmeister



Prof. Dr. Annette Schürmann
Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Palitzsch
Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Andreas Hamann
Tagungspräsident 2016



Prof. Dr. med. Norbert Stefan
Tagungspräsident 2015



Stephan A. Schreiber
Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Pressesprecher



Dr. Dietrich Garlichs
Geschäftsführer

AUSSCHÜSSE UND KOMMISSIONEN



Rechtsanwalt Oliver Ebert
Vorsitzender Ausschuss Soziales



PD Dr. med. Erhard Siegel
Vorsitzender Ausschuss Diabetologie
DDG



Dr. med. Andreas Lueg
Vorsitzender Ausschuss Diabetologie
DDG



Prof. Dr. Harald Klein
Vorsitzender Ausschuss Pharmako-
therapie des Diabetes



Prof. Dr. med. Michael Nauck
Vorsitzender Jury der DDG zur
Förderung wissenschaftlicher Projekte



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Palitzsch
Vorsitzender Ausschuss Qualitätssi-
cherung, Schulung und Weiterbildung



Prof. Dr. med. Andreas F. H. Pfeiffer
Vorsitzender Ausschuss Ernährung



Dr. med. Alexander Risse
Vorsitzender Kommission zur Einbin-
dung der Apotheker in die Diabetiker-
versorgung



Prof. Dr. med. Andreas Hamann
Vorsitzender Kommission Kongresse



Prof. Dr. med. Jochen Seufert
Vorsitzender Ausschuss Versorgungs-
forschung



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Vorsitzender Kommission gesund-
heitspolitische Fragen



Prof. Dr. med. Markus Tiedge
Vorsitzender Ausschuss Conflict of
Interest

ARBEITSGEMEINSCHAFTEN



PD Dr. med. Michael Hummel
Sprecher Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Schwangerschaft



Prof. Dr. med. Ute Schäfer-Graf
Sprecherin Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Schwangerschaft



PD Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Psychologie



Dr. med. Gerhard Klausmann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft nieder-
gelassener diabetologisch tätiger Ärzte



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetischer Fuß



Prof. Dr. med. Klaus Badenhoop
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Moleku-
larbiologie und Genetik des Diabetes



PD Dr. med. Ulrike Rothe
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft
Epidemiologie



Dr. med. Ralph Ziegler
Sprecher Arbeitsgemeinschaft
Pädiatrische Diabetologie



PD Dr. med. K. D. Lemmen
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Auge



Prof. Dr. med. Stephan Jacob
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Herz



Prof. Dr. med. Dan Ziegler
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Nervensystem



Dr. med. Peter Zimmer
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Sport



Dr. Dr. med. Andrej Zeyfang
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Geriatrie



Irene Feucht
Sprecherin Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Geriatrie



Dr. med. Batuhan Parmakerli
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Migranten



Prof. Dr. med. Rüdiger Landgraf
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Prävention des Diabetes mellitus Typ 2



Prof. Dr. med. Gunter Wolf
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Niere

Prof. Dr. Lutz Heinemann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetologische Technologie

Dr. med. Christof Kloos
Sprecher Arbeitsgemeinschaft für
Strukturierte Diabetestherapie (ASD)

REGIONALGESELLSCHAFTEN



Prof. Dr. med. Reinhard Holl
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetologie Baden-Württemberg



Dr. med. Andreas Liebl
Vorsitzender Fachkommission Diabetes
in Bayern (FKDB) e.V.



Prof. Dr. med. K.-M. Derwahl
Vorsitzender Berliner Diabetes-Gesell-
schaft e.V.



Anja Sudrow
Vorsitzende Hamburger Gesellschaft
für Diabetes e.V.



Dr. med. Michael Eckhard
Vorsitzender Hessische Fachvereini-
gung für Diabetes



PD Dr. med. Stefan Zimny
Vorsitzender Verein der Diabetologen
Mecklenburg-Vorpommern e.V.



Prof. Dr. med. Harald Klein
Vorsitzender Nordrhein-Westfälische
Gesellschaft für Endokrinologie &
Diabetologie e.V.



Dr. med. Florian Thienel
Vorsitzender Regionalgesellschaft
Niedersachsen/Bremen



Prof. Dr. med. Matthias M. Weber
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetologie und Endokrinologie
Rheinland-Pfalz e.V.



Dr. med. Bärbel Hirschhäuser
Vorsitzende Arbeitskreis „Diabetes“ im
Saarländischen Ärzteverband



Dr. med. Tobias Daniel Wiesner
Vorsitzender Sächsische Gesellschaft
für Stoffwechselkrankheiten und Endo-
krinopathien e.V.



Prof. Dr. med. Morten Schütt
Vorsitzender Regionalgesellschaft
Schleswig-Holstein



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

PD Dr. med. Rainer Lundershausen
Vorsitzender Thüringer Gesellschaft
für Diabetes und Stoffwechselkrank-
heiten e.V.

Dr. med. Christian Franke
Vorsitzender Brandenburger Diabetes
Gesellschaft e.V.

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Autoren: Anne-Katrin Döbler, Julia Hommrich, Dagmar Arnold, Alexia Angelopoulou, Dr. Frank Frick, Angelika S. Friedl, Nicole Hein
Projektmanagement und Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Projektkoordination DDG Geschäftsstelle: Katrin Bindeballe
Fotos/Illustrationen: DDG und privat, Thieme Verlagsgruppe, Dylan Martinez/ Reuters (Titelfoto), Alexia Angelopoulou (S. 15),
Anna Rozkosny (S. 2, S. 14), Dr. Frank Frick (S. 15), Dirk Deckbar (S. 26–29, 46–47), Nicole Hein (S. 36), fotolia (S. 44–45), IQWiG (S. 44).
Ausgabe des IDF Diabetes Atlas, Update 2014 (S. 32–33), Daily Mail vom 9. Januar 2014 (S. 35)
Gestaltung und Satz: Susanne Appelhanz, Liane Haug
Die für die Berufsbezeichnungen verwendete männliche bzw. weibliche Form richtet sich nach der Mehrzahl der Angehörigen der
jeweiligen Berufsgruppe. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.

Wissen, Erfahrung, Training, Durchhaltevermögen, Teamgeist und der Wille zum Erfolg: Damit ist Deutschland 2014 Weltmeister geworden – und die DDG konnte ihr 50-jähriges Bestehen feiern. Fußball und Diabetologie haben mehr gemeinsam, als der erste Blick verraten mag: In der Diabetologie ist jeder Erfolg in Wissenschaft, Patientenversorgung, Schulung oder Prävention wie im Fußball das Verdienst von vielen. Ohne das gemeinsame Arbeiten mit dem Patienten, dem Klinik- oder Praxisteam oder im Wissenschaftsverbund gibt es keinen Fortschritt, keine Spitzenleistungen. Dabei hilft es, die eigene Messlatte hoch zu hängen und sich kontinuierlich fort- und weiterzuentwickeln. Denn frei nach Bundestrainer Joachim Löw gilt auch für uns: Wir sind gut. Doch wir müssen dauerhaft daran arbeiten, noch besser zu werden.

„Wir wissen, dass wir gut sind – aber noch nicht so stark, dass wir dauerhaft zu den Besten gehören.“ Joachim Löw

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

www.ddg.info