

Einfühlungsvermögen, Hilfsbereitschaft, Respekt und der Wunsch zu helfen – dieses Bedürfnis vieler Menschen in Deutschland sind der Kern dessen, was die Welt im Jahr 2015 als die „deutsche Willkommenskultur“ wahrgenommen hat. Hunderttausende Menschen haben in Deutschland Zuflucht gesucht und viele von ihnen werden hier ihre neue Heimat finden.

Großen Herausforderungen begegnen – durch Wissen, Erfahrung und Tatkraft die Probleme meistern: Diabetologen, Diabetesberaterinnen und Diabetesassistentinnen wissen, was es heißt, wie es sich anfühlt und welche Kraft es gibt, Menschen zu helfen und sie auf dem Weg ihrer chronischen Erkrankung zu begleiten (s. Seite 14/15).

Die Zahl der Menschen mit Diabetes steigt unverändert. Unsere oberste Priorität ist eine bestmögliche Versorgung unserer Patienten – im Team und auf Augenhöhe mit dem Erkrankten. Zugleich machen wir uns stark für eine Gesellschaft, in der auch diejenigen in den Blick genommen werden, die ein hohes Risiko für eine Diabeteserkrankung haben. Nur wenn es uns gelingt, die Zahl der Neuerkrankten zu reduzieren, wird es dauerhaft eine optimale Versorgung geben können. Wir fordern eine nachhaltige Prävention, die an den „Verhältnissen“ ansetzt, diese verändert und damit Menschen motiviert, gesund zu leben.

# GESCHÄFTSBERICHT 2015



Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Albrechtstraße 9  
10117 Berlin  
Tel.: 030 3116937-0  
Fax: 030 3116937-20  
E-Mail: [info@ddg.info](mailto:info@ddg.info)

[www.ddg.info](http://www.ddg.info)

**DDG**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

# INHALT

- 3**  
Editorial
- 4**  
2015 auf einen Blick
- 5**  
Weiterbilden, Zertifizieren,  
Koordinieren & Kommunizieren
- 8**  
Medienarbeit  
auf Rekordniveau
- 10**  
Professionelle Kräfte für  
professionelle Behandlung
- 12**  
Führt mehr Transparenz zu  
besserer Behandlung?
- 14**  
Wie findet man  
die Diabetespatienten?
- 16**  
Der Fall EMPA  
und das AMNOG



- 18**  
Dankbare Patienten
- 20**  
Der Tsunami der  
Lebensstilerkrankungen
- 22**  
Optimierte Praxisorganisation
- 24**  
Das DDG Jahr in Bildern
- 27**  
Messgüte und  
Messgenauigkeit
- 28**  
Ehrungen und Preise 2015
- 32**  
Diabetes – weltweite Pandemie
- 34**  
Patientenorientierte  
Forschung fördern
- 36**  
Neues aus der Diabeteswelt



- 38**  
diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
- 40**  
Geschäftszahlen
- 44**  
Vorstand und  
DDG Bundesgeschäftsstelle
- 45**  
Ausschüsse und Kommissionen
- 46**  
Arbeitsgemeinschaften
- 47**  
Regionalgesellschaften



- 47**  
Impressum



Liebe Mitglieder,  
liebe Leserinnen und Leser,

im fünften Jahrhundert vor Christus machte der griechische Arzt Hippokrates von Kos eine wichtige Entdeckung: Dieselbe Krankheit kann bei unterschiedlichen Patienten einen ganz anderen Verlauf nehmen. Diese Erkenntnis ist auch heute noch aktuell und unterstreicht einen zentralen Gedanken der Diabetesbehandlung: Wir müssen jede Patientin und jeden Patienten individuell behandeln. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat dieses in ihren Leitlinien und Praxisempfehlungen festgeschrieben, der Gedanke findet sich in den Curricula für die Weiterbildung der Ärzte und Psychologen, der Beraterinnen, Assistentinnen und Pflegenden. Individualisierte Therapie heißt, mit jedem Patienten über seine Therapieziele und sein Risikoprofil zu sprechen. Das machen tagtäglich alle Mitglieder des Diabetesbehandlungsteams – ob in der niedergelassenen Praxis oder in der Klinik.

Doch wie kann es gelingen, eine jedem Patienten gerecht werdende Therapie zu ermöglichen, wenn zugelassene und durch Studien erprobte Medikamente nicht verfügbar sind? Wenn Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Kassen darüber entscheiden, ob jemand ein bestimmtes Medikament erhält oder nicht? Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ist ohne Zweifel ein sehr wichtiges und notwendiges Steuerungsinstrument für neu in den Markt eingeführte Arzneimittel. Es muss jedoch verhindert werden, dass es zu einer Innovationsbremse wird. Die DDG hat im Jahr 2015 in allen diabetesbezogenen Nutzenbewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Stellungnahmen abgegeben und zahlreiche Anlässe genutzt, um im direkten Dialog mit Gesundheitspolitikern für dieses Thema zu sensibilisieren.

Die Politik ist jedoch nicht nur gefragt, wenn es um die Rahmenbedingungen guter und finanzierbarer Versorgung geht. Sie muss auch in die Pflicht genommen werden, wo Krank-

heiten verhindert werden können. Im Sommer 2015 wurde endlich das Präventionsgesetz vom Bundesrat verabschiedet – ein erster Schritt in die richtige Richtung. Die DDG wird sich weiterhin starkmachen für eine an den Verhältnissen ansetzende Prävention: steuerliche Entlastung gesunder Lebensmittel, höhere Steuern aller „ungesunden Dick-

macher“, täglicher Sport und gesundes Essen in Kindergärten und Schulen sowie schließlich ein Verbot von an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung.

Als Diabetesexperten berufen wir uns nicht zuletzt auf Hippokrates und seine Grundsätze. Einer davon lautet, dem Kranken nicht zu schaden. Diesen Gedanken sollten wir aufgreifen und ausweiten auf alle „Gesunden“, um so den Tsunami der nicht-übertragbaren Erkrankungen, zu denen Diabetes gehört, zu stoppen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre unseres Geschäftsberichtes.

Mit herzlichen Grüßen  
Ihre

*Baptist Gallwitz*

Prof. Dr. Baptist Gallwitz  
Präsident

*Dietrich Garlichs*

Dr. Dietrich Garlichs  
Geschäftsführer

**Die Politik ist nicht nur gefragt, wenn es um die Rahmenbedingungen guter und finanzierbarer Versorgung geht. Sie muss auch da in die Pflicht genommen werden, wo Krankheiten verhindert werden können.**

# 2015 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.

Weitergebildet wurden bisher

**3.820**  
Diabetesberaterinnen  
DDG

**7.640**  
Diabetesassistentinnen  
DDG

**2.750**  
Wundassistentinnen  
DDG

**6.148**  
Fachleute

besuchen den  
Diabetes Kongress,

**3.905**

die Diabetes Herbsttagung.

**22**  
Einrichtungen

erhalten das neue Zertifikat  
„Klinik für Diabetespatienten  
geeignet (DDG)“ für die  
Nebendiagnose Diabetes.  
Insgesamt sind es 48.

**22**   
Einrichtungen

erhalten die Anerkennung  
als „Zertifiziertes Diabetes-  
zentrum Diabetologikum  
DDG mit diabetesspezifi-  
schem Qualitätsmanage-  
ment“ – davon vier Erstan-  
träge. Insgesamt sind es

**104**

Insgesamt gibt es

**169**  
Fachpsychologen DDG

**2**  
Psychologen

erhalten die Anerkennung  
„Fachpsychologe DDG“.



Die DDG zeichnet

**12**

Wissenschaftler

aus und fördert 28 Pro-  
jekte mit 386.000 Euro.



**199**  
Diabetesberaterinnen  
DDG

**192**  
Diabetesassistentinnen  
DDG

**220**  
Wundassistentinnen  
DDG

**29**  
Diabetes-Pflegefach-  
kräfte DDG (Klinik)

schließen ihre Weiterbil-  
dung ab.

**141**   
Ärzte

erhalten die Anerkennung  
„Diabetologe DDG“.

Weitergebildet wurden bisher

**4.160**  
Diabetologen DDG

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

**104** 

Fußbehandlungs-  
einrichtungen DDG

werden zertifiziert – von  
insgesamt 291.

**153**  
Einrichtungen

erhalten die Anerkennung  
als „Zertifiziertes Diabetes-  
zentrum DDG“ –  
davon 37 Erstanträge.  
Insgesamt sind es

**350**

**436 Mio.**  
Prinkontakte



18 Stellungnahmen und

**30**  
Pressemeldungen

zu aktuellen wissenschaft-  
lichen und gesundheitspo-  
litischen Fragestellungen  
werden veröffentlicht.

## WEITERBILDEN, ZERTIFIZIEREN, KOORDINIEREN & KOMMUNIZIEREN

### BERICHT AUS DER GESCHÄFTSSTELLE

Mit fast 9000 Mitgliedern ist die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) nicht nur eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Die Zusammensetzung ihrer Mitglieder ist außergewöhnlich und besteht neben den diabetologisch ausgebildeten Ärzten aus Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Wundassistentinnen, Podologen, Menschen aus Pflegeberufen und Psychologen. Diese Konstellation ist ein besonderes Merkmal der DDG und zeigt, was eine gute und umfassende Versorgung von Menschen mit Diabetes ausmacht und voraussetzt: die interdisziplinäre Behandlung im Team. Ende 2015 hatte die DDG 6974 ordentliche und 1948 assoziierte Mitglieder aus den diabetologischen Assistenzberufen.

Ziel der DDG ist es, für eine bestmögliche Behandlung von Menschen mit Diabetes zu sorgen und sich für eine wirksame Prävention einzusetzen. Die DDG unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt – häufig in Zusammenarbeit mit benachbarten Fachgesellschaften – Leitlinien. Für die Verbesserung von Prävention und Therapie unternimmt sie umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Die DDG Geschäftsstelle fungiert als zentraler Dreh- und Angelpunkt. Sie koordiniert im Auftrag des Vorstands die Arbeit der Gesellschaft und steuert den Informationsfluss nach innen und nach außen. Sie kümmert sich um die Weiterbildungsangebote für Ärzte, Psychologen und diabetologische Fachkräfte, organisiert die Zertifizierung von Einrichtungen, bereitet in Zusammenarbeit

mit dem jeweiligen Kongresspräsidenten die wissenschaftlichen Kongresse vor, lobt Preise für Forscher und Journalisten aus und tritt mit Stellungnahmen und einer intensiven Pressearbeit an die Öffentlichkeit.

#### AUSBAU DER POLITISCHEN ARBEIT

Das politische Netzwerk der DDG ist mittlerweile stabil und weitgespannt. Enge Kontakte zu Abgeordneten, Verbandsvertretern und anderen Entscheidern führen dazu, dass sich die DDG häufig bei politischen Veranstaltungen, aber auch beim G-BA einbringt. Sie erhält kontinuierlich Gelegenheit, ihre Positionen zu erläutern, sei es zu fachlichen Fragen oder zu gesundheitspolitischen Themen.

So kamen zum Parlamentarischen Jahresempfang der DDG allein 14 Bundestagsabgeordnete, darunter der Vorsitzende

und der stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses und die gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Fraktion und der SPD-Fraktion. Hauptthema waren die Qualität der Versorgung und die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung. Dieses Thema wurde u. a. diskutiert mit dem Leiter des neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

2015 hat die DDG insgesamt 18 Stellungnahmen zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen veröffentlicht. Dabei sind Effekte, die durch G-BA-Entscheidungen und IQWiG-Bewertungen entstanden sind, inhaltlich von besonderem Interesse, denn sie haben kurz- und mittelfristig Auswirkungen auf die Anwendung von modernen Medikamenten und technischen Hilfsmitteln. Langfristig haben diese Entscheidungen das

## WEITERBILDUNGSANGEBOTE DER DDG



Potential, zu einer Innovationsbremse zu werden. Die Leidtragenden sind die Patienten.

### DAS DRG-SYSTEM VERBESSERN

Die DDG hat sich zum Ziel gesetzt, die Abbildung diabetologischer Leistungen im deutschen DRG-System zu verbessern. Das ist ein komplexer Prozess, der sich auf mehreren Stufen vollzieht. Begonnen wurde 2014 zusammen mit einem Beratungsunternehmen mit einer Erstanalyse. Im März 2015 konnten auf dieser Basis erste DRG-Änderungsanträge beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eingereicht werden. Zu den ersten Erfolgen gehört, dass Fälle mit Diabetes und multimodaler Komplexbehandlung im Alter von 16 bis 17 Jahren (bisher nur bis 15 Jahre) ab 2016 erstmals Berücksichtigung finden.

### SCHULUNG UND WEITERBILDUNG

Eine erfolgreiche Diabetestherapie setzt ein gut ausgebildetes Behandlungsteam voraus, daher bietet die DDG ein qualitativ hochwertiges Weiter-

bildungsangebot an. Über 4.100 Ärzte in Deutschland haben bisher die Qualifikation „Diabetologe DDG“ erlangt – zwei Drittel von ihnen arbeiten in Kliniken, ein Drittel in Praxen. 3820 Diabetesberaterinnen, 7640 Diabetesassistenten und 2750 Wundassistenten haben bislang die Weiterbildungsangebote der DDG genutzt. Darüber hinaus gibt es fast 170 Fachpsychologen DDG.

### NEUE WEITERBILDUNG ZUR DIABETES-PFLEGEFACHKRAFT

Die neue DDG Qualifizierung zur Diabetes-Pflegefachkraft gliedert sich in eine Basis-Qualifikation 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 stellt nun über alle Sektoren hinweg eine gute diabetologische Weiterbildung sicher. Angesichts der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, die mit zunehmendem Alter auch immer häufiger an Diabetes leiden, ist das ein zukunftsweisender Schritt.

### DIALOG AUF DEN KONGRESSEN

Der jährliche Diabetes Kongress und die Diabetes Herbsttagung bieten nicht nur die Möglichkeit, sich über aktuelle Forschungsergebnisse und Behandlungsmethoden zu informieren, viele Ärzte und Fachleute nutzen die Kongresse zum Austausch und zur Vernetzung mit Kollegen. Besonders der wissenschaftliche Nachwuchs kann hier wertvolle Erfahrungen sammeln und sich intensiv mit den Themen der Diabetologie befassen. Daher vergibt die DDG jährlich 150 Reisestipendien für den Besuch der Kongresse. Engagierte Diabetologen fungieren als Mentoren und betreuen die jungen Reisestipendiaten auch über den Diabetes Kongress und die Diabetes Herbsttagung hinaus.

### ERFAHRUNGSAUSTAUSCH ZERTIFIZIERUNG

Die Zertifizierungen der DDG sind wichtig, um die Qualität der Diabetesbehandlung zu sichern und zu erhöhen. Von einer erfolgreichen Zertifizierung profitieren die Patienten und die jeweiligen Behandlungseinrichtungen. Um

Vertretern bereits zertifizierter Einrichtungen und Interessierten die Möglichkeit zu geben, sich auszutauschen, bietet die DDG auf ihren Kongressen einen speziellen Erfahrungsaustausch an, der sich großer Beliebtheit erfreut.

### DREI LEITLINIEN AKTUALISIERT

Leitlinien bieten den Behandlungsteams eine wichtige Orientierung und sorgen für eine optimale Behandlung nach neuestem wissenschaftlichen Standard. 2015 sind drei Leitlinien aktualisiert worden: „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“, „Ernährungsempfehlungen zur Behandlung des Diabetes mellitus – Empfehlungen zur Proteinzufuhr“ und „Begutachtungsempfehlungen zur Kraftfahreignung“.

### AUSSCHÜSSE UND ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

Die Arbeit der DDG ist vor allem durch die Vielzahl an ehrenamtlich tätigen DDG Mitgliedern möglich, die sich im Vorstand, in Ausschüssen, Kommissionen, Arbeitsgemeinschaften und Regionalgesellschaften engagieren. Mit diesem wissenschaftlichen und praktischen Know-how kann die DDG zu allen

Fragen rund um die Diabetesbehandlung und den damit zusammenhängenden gesundheitspolitischen Fragen fundiert Stellung nehmen.

Unter den insgesamt 17 Arbeitsgemeinschaften sind viele, die seit langer Zeit aktiv sind. Ihr 25-jähriges Bestehen konnte die Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie feiern. Die AG entwickelt Fort- und Weiterbildungen und verbreitet psychosoziale Konzepte für Menschen mit Diabetes, deren Angehörige und ihr soziales Umfeld.

Die AG Diabetes und Migranten präsentiert sich seit Herbst 2015 mit einem eigenen Internetauftritt. Hier finden Behandler beispielsweise Zugriff auf Diabetesinformationsmaterialien in Fremdsprachen, eine Übersicht über Dolmetscherdienste oder Empfehlungen für die Diabetesbehandlung von Migranten.

Auch die AG Fuß hat ihre Aktivitäten ausgebaut und bietet mit dem DFS Forum (zugangsbeschränkter Bereich) nun eine Plattform für den interdisziplinären und schnellen Austausch unter Experten rund um das Diabetische Fußsyndrom an.

Da sich das Tätigkeitsfeld der DDG aber auch erweitert, werden neue Ausschüsse und Kommissionen ins Leben gerufen. Im Jahr 2015 entstand die Kommission „Versorgungsforschung und Register“. Ihr Ziel ist es, durch Harmonisierung und Synchronisierung bereits etablierter Diabetesregister die Registerforschung voranzubringen. Dies geschieht deswegen, weil adäquat erhobene Registerdaten im Bereich der Versorgungsforschung, über die Erkenntnisse aus klassischen Studien hinaus, sehr wertvolle Informationen zur Versorgung von Menschen mit Diabetes liefern.

Mit der ebenfalls im vergangenen Jahr neu geschaffenen „Kommission Labor Diagnostik in der Diabetologie“ wird ein wichtiger Bereich der Diagnostik verstärkt in den Blick genommen. Ziel ist die Verbesserung der Qualität und Vergleichbarkeit von Messergebnissen. Die Kommission arbeitet mit der Deutschen Vereinigten Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL) zusammen und hat bereits ein Positionspapier zum Thema HbA1c-Messung veröffentlicht.

Etwa 100 Gäste, darunter 14 Mitglieder des Deutschen Bundestags, diskutierten beim Parlamentarischen Jahresempfang der DDG gesundheitspolitische Themen.



# MEDIENARBEIT AUF REKORDNIVEAU

ALLEIN 436 MIO. PRINTKONTAKTE

Zu den Aufgaben der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) gehört es, die Öffentlichkeit über das Krankheitsbild Diabetes, über Ursachen, Folgen und Therapien zu informieren. Die richtige Perspektive hilft bei der Themenfindung: Was ist aus der Perspektive des Lesers/des Patienten wichtig? Was ist hilfreich? Was ist neu? Aber auch gesundheitspolitische Themen greift die DDG in ihrer Pressearbeit auf. Wenn ein neues Medikament, von dem die Experten wissen, dass es den Patienten hilft, nicht mehr verfügbar ist, wenn die Politik die dringend notwendige Kennzeichnung von Nahrungsmitteln verschleppt, dann ist die Stimme der DDG gefragt. Und sie verschafft sich Gehör. 30 Pressemeldungen zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragen, zahlreiche Pressekonferenzen und viele Interviews mit DDG Experten bildeten den Informationsstrom an Hörfunk-, Fernseh- und Printberichterstattung. Mit 436 Millionen Kontakten allein in den Printmedien war die DDG noch erfolgreicher als im Vorjahr. Diese Medienreichweite übertrifft deutlich diejenigen anderer großer Fachgesellschaften.

**Frankfurter Allgemeine**  
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

## Mehr bewegen, anders essen

Den volkswirtschaftlichen Schaden - Behandlungskosten von Diabetes und Folgeerkrankungen, aber auch Kosten wegen Arbeitsausfalls - schätzt die Deutsche Diabetes Gesellschaft auf 15 bis 25 Milliarden Euro im Jahr.

## Schon etwas weniger Gewicht bringt viel für Gesundheit

Dirk Müller-Wieland von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG): „Das Ziel, fünf Prozent Gewicht zu verlieren, motiviert ungemein.“

## Typ-1-Diabetes bei Kindern nimmt zu

„Das Problem wird unterschätzt“, sagte Ralph Ziegler, Sprecher der AG Pädiatrische Diabetologie der DDG.

**Bild**



Eckart von Hirschhausen als Gast auf der Pressekonferenz des Diabetes Kongresses

### MEDIENARBEIT MIT PROMINENTER UNTERSTÜTZUNG

Traditionell bieten die Kongresse der DDG besondere Anlässe für eine aktive und intensive Medienarbeit. Hierbei kann aus den umfangreichen Kongressprogrammen thematisch geschöpft werden, um im Vorfeld der Veranstaltungen auf die Kongresse hinzuweisen und möglichst viele Journalisten zur Berichterstattung zu motivieren. Zugpferde sowohl für die Publikums- als auch die Fachmedien sind die stets sehr gut besuchten Pressekonferenzen der DDG. Wenn dann noch Prominente mit auf dem Podium sitzen wie beispielsweise der Arzt, Moderator, Komiker und Autor Eckart von Hirschhausen bei der Auftaktpressekonferenz zum Diabetes Kongress 2015 in Berlin, sind der Andrang vor Ort und die Medienresonanz besonders groß.

### DIE DDG MEDIENPREISE

Die erstmals im Jubiläumsjahr ausgerufenen DDG Medienpreise erlebten 2015 ihre erfolgreiche Fortsetzung. Bewerben konnten sich Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum mit Beiträgen in den Kategorien Print, Hörfunk und Fernsehen. Eine hochkarätig besetzte Jury wählte aus den rund 40 eingereichten Vorschlägen die Preisträger aus. Reinhard Door überzeugte mit seinem Print-Beitrag „Auf dem Weg zur Kunstdrüse“, veröffentlicht in der Apotheken Umschau. Lisa Weitemeier begeisterte mit ihrem Hörfunkbeitrag „Amira hat Diabetes“ für den WDR-Kinderhörfunkkanal KiRaKa und Uta Meyer beeindruckte die Jury mit ihrem in 3sat ausgestrahlten Wissenschaftsfeature mit dem Titel „Dicke leben länger – warum Dünne nicht immer gesünder sind“. DDG Präsident Baptist Gallwitz und DDG Mediensprecher Dirk Müller-Wieland übergaben die mit jeweils 2000 Euro dotierten Preise auf der Eröffnungsveranstaltung der Herbsttagung in Düsseldorf.

### PRESSEARBEIT WEITER AUF REKORDNIVEAU

Kernaufgabe der Pressearbeit sind diabetologische Inhalte. Neue Erkenntnisse, Studienergebnisse, Erfolg versprechende neue Therapien sollen als Nachricht ihren Weg in die Öffentlichkeit und damit zu den Patienten finden. Dabei müssen sie sachlich richtig und zugleich leicht verständlich sein, damit diejenigen, für die sie bestimmt sind, sie sofort verstehen. Von neuen medikamentösen Therapien über neue Forschungsergebnisse zum Schwangerschaftsdiabetes bis hin zu gesundheitspolitischen Statements reichte die Bandbreite.

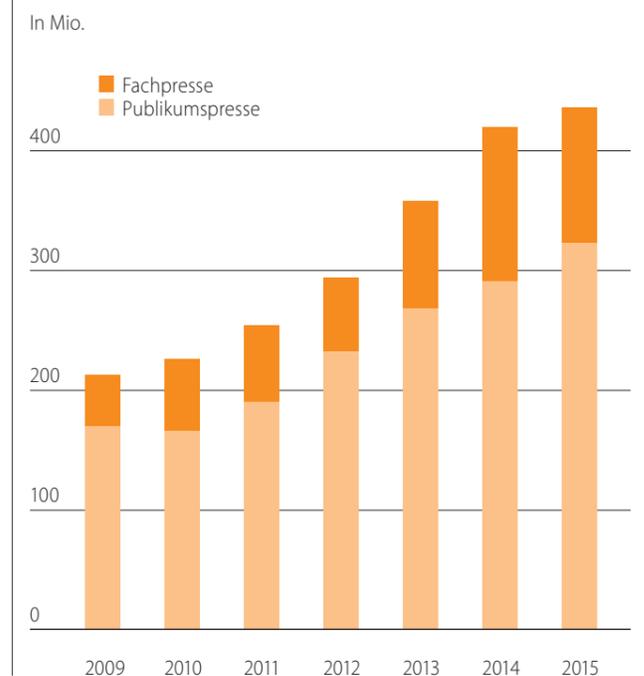
Mit einer Reichweite von 436 Millionen Printkontakten konnte das Spitzenergebnis des Vorjahres noch übertroffen werden.

Rechnerisch kam damit jeder Bundesbürger mehr als fünf Mal mit Einschätzungen und Empfehlungen der Fachgesellschaft in Berührung. Sehr häufig griffen die Publikumsmedien, also Tageszeitungen, Nachrichtenmagazine und Zeitschriften, Themen der DDG auf. Am meisten Beachtung fand im vergangenen Jahr die Berichterstattung zur gemeinsamen Pressekonferenz mit foodwatch zum Thema „Kinderlebensmittel im Test“, gefolgt vom Thema Diabetisches Fußsyndrom. Aber auch das Thema Schwangerschaftsdiabetes wurde viel aufgegriffen.

### STARKE ONLINEKOMMUNIKATION

Neben der DDG Homepage sind Twitter und Facebook wichtige Bestandteile der DDG Onlinepräsenz mit steigender Tendenz. Was viel Arbeit kostet, zahlt sich langfristig aus, weil immer mehr und auch jüngere Menschen mit dem Thema Diabetes in Berührung kommen. Gleich in zweifacher Hinsicht funktioniert diese Strategie auch beim „DDG Blog“. Hier schreiben angehende Mediziner auf sehr persönliche Weise zu aktuellen Diabetesthemen: Nachwuchsförderung plus Social-Media-Ausbau.

### MEDIENPRÄSENZ: ENTWICKLUNG DER PRINT-REICHWEITE VON 2009–2015, OHNE ONLINE-MEDIEN, HÖRFUNK UND TV



# PROFESSIONELLE KRÄFTE FÜR PROFESSIONELLE BEHANDLUNG

Neue DDG Qualifizierung: Diabetes-Pflegefachkraft

Die neue DDG Qualifizierung 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 stellt nun über alle Sektoren hinweg eine gute diabetologische Weiterbildung sicher.

„In Deutschland sind 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig und etwa 30 Prozent aller pflegebedürftigen Patienten haben Diabetes.“

„Die Versorgungslücken in Kliniken, in Pflegeeinrichtungen und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen sind erschreckend groß.“

## DIE WEITERBILDUNGSSTÄTTEN IM ÜBERBLICK

- DA:** Diabetesassistent / in DDG
- DB:** Diabetesberater / in DDG
- WA:** Wundassistent / in DDG
- DPFK-K:** Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)
- Pod:** Podologe / in DDG
- DPFK-L:** Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)

\* bietet Ausbildungen überregional an



## DIE DDG WEITERBILDUNGEN IM ÜBERBLICK

	VORAUSSETZUNG	TÄTIGKEITEN	WEITERBILDUNGSDAUER
<b>Diabetologe / in DDG</b>	Arzt / Ärztin mit Facharztqualifikation  Mitgliedschaft in der DDG	Medizinische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, 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
<b>Fachpsychologe / in DDG</b>	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, Schwangere sowie Sonderformen	24 Monate Praxis in einer Diabetes-einrichtung* 10 Tage Hospitation* 64 Stunden Präsenzseminare*
<b>Diabetesberater / in DDG</b>	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Schwangere	12 Wochen Präsenzunterricht 544 Stunden Praxisnachweis 1 Woche Hospitation
<b>Aufbauqualifikation für Diabetesassistent / in zur Diabetesberater / in DDG</b>	Nur für Diabetesassistenten/ innen mit medizinischem Grundberuf** nach 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Schwangere	8 Wochen Präsenzunterricht 360 Stunden Praxisnachweis 20 Stunden Hospitation
<b>Diabetesassistent / in DDG</b>	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 2	4 Wochen Präsenzunterricht 1 Woche Hospitation
<b>Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)</b>	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
<b>Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)</b>	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin, Krankenschwester, Kinderkrankenschwester, staatl. geprüfte Altenpflegerin mit 1-jähriger Berufserfahrung	Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Langzeitpflege	2 Wochen Präsenzunterricht
<b>Wundassistent / in DDG</b>	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Professionelle Wundversorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom	1 Woche Präsenzzeit 24 Stunden Hospitation
<b>Podologe / in DDG</b>	staatlich geprüfte / r medizinische / r Fußpfleger / in / Podologe / in	Medizinische Pflege des Diabetischen Fußes sowie 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 laut 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](http://www.ddg.info/weiterbildung.html)

Ansprechpartner/innen in der Geschäftsstelle sind:  
Michael Chudy – Ärzte  
Susanne Schmidt-Kubeneck – Medizinisches Assistenzpersonal  
E-Mail: [chudy@ddg.info](mailto:chudy@ddg.info), [schmidt-kubeneck@ddg.info](mailto:schmidt-kubeneck@ddg.info)

# FÜHRT MEHR TRANSPARENZ ZU BESSERER BEHANDLUNG?

DDG Past Präsident Erhard Siegel und IQTIG-Chef Christof Veit im Gespräch

Ende 2014 gründete der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Die Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schufen damit eine oberste „Qualitätsinstanz“, deren Aufgabe es sein wird, die Versorgungsqualität in Deutschland sektorenübergreifend zu messen und darzustellen. Als Leiter des Instituts wurde im Januar 2015 Christof Veit bestellt.

**Das IQTIG ist eine recht junge Einrichtung, die Sie im vergangenen Jahr aufgebaut haben. Was war beim Aufbau für Sie das Wichtigste?**

**Dr. Veit:** Das Ziel der letzten Monate war es natürlich, mit dem neu zusammengestellten Team zum Jahreswechsel die Verfahren der externen Qualitätssicherung in voller Verantwortlichkeit zu übernehmen und sie zielstrebig weiterzuentwickeln. Das ist auch gelungen: Am 13.1.2016 haben wir das erste große Etappenziel erreicht und die Spezifikation für das Jahr 2017 pünktlich an den G-BA übergeben. Inzwischen werden die anstehenden Bundesauswertungen der Daten 2015 vorbereitet und wir arbeiten an der methodischen Weiterentwicklung der Qualitätssicherung. Dabei ist es uns wichtig, dass sie praktikabel und nützlich ist: für die Patienten und für die, die Patienten versorgen.

**Zu den Aufgaben des Instituts gehört, die Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend zu messen. Wie definieren Sie Qualität?**

**Dr. Veit:** Qualität in der medizinischen Versorgung ist etwas sehr Umfassendes, das nicht einfach mit ein paar Kennzahlen dargestellt werden kann. Aber wir können sehr



**Die sektorenübergreifende Schnittstellenproblematik in der deutschen Gesundheitsversorgung ist immer noch ungelöst. Ambulanter, stationärer sowie ärztlicher Bereich und Pflege arbeiten kaum vernetzt miteinander, sondern häufig aneinander vorbei.**

Erhard Siegel

wohl legitime Anforderungen an die Versorgung stellen, wichtige Einzelaspekte der Ergebnis-, der Prozess- und der erforderlichen Strukturqualität, die von einer hochwertigen, patientenorientierten Versorgung gefordert werden können. Wir versuchen mit möglichst wenig Aufwand für die Versorgenden die erreichte Versorgungsqualität zu messen: mit Routinedaten, mit Erfassungsdaten wie auch künftig

mit Patientenbefragungen, in denen es um die Erfahrungen der Patienten geht. Für faire Qualitätsvergleiche sorgt eine geeignete Risikoadjustierung.

**Was bedeutet für Sie Qualität?**

**Dr. Siegel:** Die alleinige Leitlinie bei allen Aktivitäten ist die Frage: „Was nützt dem Patienten?“ Ziele des internen Qualitätsmanagements sind einerseits die Versorgungsabläufe in allen Bereichen einer Einrichtung zu verbessern und die Ergebnisse der Patientenversorgung zu optimieren. Zur flächendeckenden Umsetzung einer qualitativ hochstehenden Betreuung sind Versorgungsstrukturen notwendig, die jedem Diabetiker die qualifizierte Betreuung wohnortnah zukommen lassen.

**Welche Vorteile bringt es, die Qualitätssicherung sektorenübergreifend anzugehen?**

**Dr. Veit:** Viele, vor allem chronisch kranke Patienten, werden ambulant wie auch stationär versorgt. Wenn wir wissen wollen, wie gut die Versorgung dieser Patienten ist und wo wir sie kontinuierlich verbessern können, dann ist es wichtig, sich nicht nur einen Sektor allein anzusehen, sondern auch das Zusammenwirken der verschiedenen Einrichtungen darzustellen.

**Wie funktioniert der sektorenübergreifende Ansatz in der Diabetologie?**

**Dr. Siegel:** Die sektorenübergreifende Schnittstellenproblematik in der deutschen Gesundheitsversorgung ist immer noch ungelöst. Ambulanter, stationärer sowie ärztlicher Bereich und Pflege arbeiten kaum vernetzt miteinander, sondern häufig aneinander vorbei. Dabei bedarf es einer hausarzt- und patientenzentrierten, flächendeckenden und sektorenübergreifenden Versorgung – sprich: Wir brauchen eine ganz neue Versorgungslandschaft, die integrierte Versorgung flächendeckend implementiert. Nur so können wir unsere Patienten optimal versorgen. Dazu hat die DDG gemeinsam mit dem Hausärzteverband in Kooperation mit den Bundesverbänden der niedergelassenen Diabetologen und der Diabetologen in Kliniken die Versorgungslandschaft Diabetes entwickelt: Die bestehenden strukturierten Behandlungsprogramme sichern den Betroffenen eine solide Basis, die jedoch einer weiteren Optimierung der Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen bedarf. Durch den Aufbau einer Matrix wird auf einfache Weise dem Hausarzt ein Instrument zur Verfügung gestellt, die den Schweregrad der Erkrankung, individuelle Zielwerte der Behandlung und das Behandlungspotential des Patienten berücksichtigt. Diese Versorgungslandschaft ist ein sektorenübergreifendes Konzept für eine Integrierte Versorgung nach §140a ff. SGB V.

**Zertifizierungen und Qualitätssiegel gibt es mittlerweile zahlreiche im Gesundheitssektor. Wie wird das IQTIG diese in Zukunft bewerten?**

**Dr. Veit:** Versorgungsqualität muss vor allem auch für den Laien vergleichbar sein. Nur das hilft den Patienten wirklich. Die Erfahrung lehrt: Je weniger Daten ich erheben lasse, umso valider sind sie. Nicht die Menge ist entscheidend, die Aussagekraft der einzelnen Daten zählt. In bestimmten Bereichen werden uns auch die Patienten wichtige Informationen geben können, etwa darüber, ob sie lange auf eine Operation oder ein Arztgespräch warten mussten.



**Die Herstellung von valider Transparenz kann Qualitätsentwicklung befördern und ist Teil einer ernst gemeinten Patientenorientierung.**

Christof Veit

**Wie hat sich die DDG bisher mit dem Thema Qualität auseinandergesetzt?**

**Dr. Siegel:** Die DDG setzt sich seit Jahrzehnten dafür ein, die Qualität der Einrichtungen, die Menschen mit Diabetes versorgen, auf einem hohen Niveau zu sichern. 1991 verabschiedete der Vorstand der DDG zum ersten Mal ein Papier zu „Qualitätsrichtlinien und Qualitätskontrolle von Therapie- und Schulumrichtungen mit Typ-1-Diabetikern“. 1997 folgten „Qualitätsrichtlinien und Qualitätskontrolle von Behandlungseinrichtungen für Typ-2-Diabetiker“. Die Zertifikate der DDG garantieren ein hohes Niveau der Therapie des Diabetes und machen diese Qualitätsstandards auch nach außen für Patienten, Fachleute wie Kostenträger sichtbar. 2014 hat die DDG eine weitere richtungweisende 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.

**Beziehen Sie bei der Bewertung der Kliniken auch die Meinung der Patientinnen und Patienten ein?**

**Dr. Veit:** Die Meinungen von Patienten hängen von ihren Präferenzen und ihren persönlichen Erwartungen ab. Eine patientenorientierte Gestaltung von Versorgung versucht, auf diese Bedürf-

nisse der Patienten einzugehen. Dies ist der Bereich des internen Qualitätsmanagements. Für Qualitätsvergleiche greifen wir jedoch nicht auf Patientenzufriedenheit zurück, diese ist zu relativ. Sozialwissenschaftliche Studien haben jedoch gezeigt, dass die konkreten Patientenerfahrungen sehr wohl belastbare Vergleiche der Versorgung zulassen, die wir künftig neben den klassischen Datenverfahren nutzen wollen.

**Führt mehr Transparenz zu einer besseren Behandlung?**

**Dr. Veit:** Die Herstellung von valider Transparenz kann Qualitätsentwicklung befördern und ist Teil einer ernst gemeinten Patientenorientierung. Insbesondere da, wo es auf Systemqualität ankommt, kann Transparenz Verbesserungsmöglichkeiten offenlegen und eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Versorgung initiieren und unterstützen. Zur Transparenz gehört aber auch immer, dass man sich bewusst wird, was die Qualitätsdaten aussagen können und wo ihre Grenzen liegen, damit keine falschen Erwartungen entstehen.

**Wann wird das Thema Diabetes auf der Tagesordnung stehen?**

**Dr. Veit:** Zunächst einmal hat das IQTIG die Aufgabe, die existierenden Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung weiterzuführen. Begonnene Entwicklungen, wie zum Beispiel im Bereich nosokomialer Infektionen, sollen zu praxistauglichen Verfahren werden und die neuen Steuerungsinstrumente im stationären Bereich, zum Beispiel eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung, sollen stufenweise eingeführt werden. Da ist sehr viel fachliches und methodisches Neuland zu betreten. Da es bereits ein DMP-Verfahren Diabetologie gibt, wird dieses wohl im bekannten Rahmen weitergeführt werden. Angesichts zunehmender Multimorbidität von Patienten wird die Diabetesbehandlung künftig als besonderes Versorgungssegment an Bedeutung gewinnen, sicher auch im Präventionsbereich.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

# WIE FINDET MAN DIE DIABETESPATIENTEN?

## MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN UND ASYLSUCHENDEN

Weltweit sind 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) veröffentlichte diese Zahl im Sommer 2015 und kommentierte, dies sei die höchste Zahl, die jemals vom UNHCR verzeichnet wurde, und sie wachse rasant. Kriege, Konflikte und Verfolgung haben im vergangenen Jahr auch Hunderttausende Flüchtlinge nach Deutschland geführt. Die medizinische Versorgung der Schutzsuchenden ist für alle medizinisch Tätigen eine große Herausforderung und erfordert kultursensibles Verhalten, Kreativität und großes Engagement. Dr. med. Lothar F. Nossek, niedergelassener Diabetologe und Allgemeinarzt aus Alsdorf, Kreis Aachen, berichtet.

Die Gesundheitsuntersuchung bei der Erstregistrierung von Flüchtlingen beschränkt sich nach § 62 Asylverfahrensgesetz vor allem auf seuchenhygienische Maßnahmen. Besonders achten die Mediziner auf Infektionen, Infektionszeichen und parasitäre Erkrankungen. Auch der Impfstatus wird überprüft. In der Erstaufnahmestelle wird der allgemeine körperliche Status mit Auskultation und Blutdruckkontrolle untersucht. Gesundheitliche Probleme oder Risiken werden also nicht grundsätzlich festgestellt.

Die Untersuchung führen niedergelassene Kollegen, angestellte Ärzte der Krankenhäuser und „Ruheständler“ durch. Das Bild ist sehr bunt und bisher nicht einheitlich geregelt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) führt in unserer Region die Untersuchungen aus Personalmangel nicht regelhaft durch. Wenn der untersuchende Arzt eine diabetologische Erkrankung feststellt oder diese vom Flüchtling erwähnt wird, so erhält der Patient einen Behandlungsschein der Kommune und wird zu einem niedergelassenen Kollegen geschickt, in der Regel zu einem Hausarzt.

Aufgrund der hervorragenden Zusammenarbeit unserer diabetologischen Schwerpunktpraxis mit den Hausärzten werden die asylsuchenden Patienten nach Rücksprache mit der Kommune an uns weitergeleitet. Die Kosten für die Behand-

lung inklusive Schulung übernimmt die Kommune nach den Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

### PROBLEM SPRACHE

Migranten, die nicht gut Deutsch sprechen, werden meist von sprachkundigen Angehörigen in die Sprechstunde begleitet, die ihnen dann auch zu Hause helfen, Behandlungs-

vorgaben und Schulungsergebnisse umzusetzen. Der asylsuchende Patient kommt zwar oft zusammen mit einem Dolmetscher in die Praxis, Letzterer ist aber nachvollziehbarerweise emotional nicht so engagiert wie ein Angehöriger. Wie kann man darauf reagieren? Unsere Strategie

ist es, dem Patienten mit einer Diabetesberaterin in Kontakt zu bringen, die für die Dauer der Behandlung kontinuierlich seine Ansprechpartnerin bleibt. So kann eine Vertrauensbasis aufgebaut werden. Ohne Zeitdruck intensiv beraten und alle Probleme erfassen – dies geht natürlich nur bei einem größeren Praxisteam.

Wir sind ein Team von drei Diabetesberaterinnen, fünf Diabetesassistentinnen und drei Diabetologen. In der Praxis wird türkisch, arabisch, russisch, französisch und englisch gesprochen. Pro Quartal werden etwa 2500 Diabetespatienten behandelt, ein Viertel von ihnen sind Migranten.

**Er hatte nach Plan die richtigen Insulin-einheiten auf dem Pen eingestellt, richtig eingestochen, bis 15 gezählt, aber nicht den Injektionsknopf gedrückt.**

Drei der Diabetesassistentinnen haben selbst einen Migrationshintergrund.

Wünschenswert wären speziell für Diabetes konzipierte „Behandlungsbilderbücher“ mit gut erfassbaren Illustrationen und Begriffserläuterungen in den wichtigsten Sprachen der Herkunftsländer. Die Bilder sollten im Vordergrund stehen und nur durch wenig Text ergänzt werden.

**Häufig führen die Frauen die Therapie nicht durch, weil sie fälschlich annehmen, es handle sich bei dem zu spritzenden Insulin um Schweineinsulin.**

### SCHWERPUNKT TYP-1- UND GESTATIONS-DIABETES

Im Moment liegt unser Schwerpunkt auf Patienten mit Typ-1-Diabetes und Frauen mit Gestationsdiabetes. Diabetes mellitus Typ 2 ist zum jetzigen Zeitpunkt eher seltener.

Beim Schwangerschaftsdiabetes hat sich gezeigt, dass religiöse Aspekte besonders zu berücksichtigen sind. Häufig führen die Frauen die Therapie nicht durch, weil sie fälschlich annehmen, es handle sich bei dem zu spritzenden Insulin um Schweineinsulin. In unserem Behandlungsalltag war es mehrfach hilfreich, einen muslimischen, religiösen Führer, etwa einen Hodscha, als „Kulturvermittler“ einzubeziehen. Dies gilt auch für die besonderen Herausforderungen für Diabetespatienten im Fastenmonat Ramadan. Auch hier kann der Rat des Hodscha helfen.

Seit etwa sechs Monaten behandeln wir verstärkt Flüchtlinge, wobei ihre Anzahl bis jetzt im Verhältnis zur Gesamtpatientenzahl unserer Praxis sehr gering ist. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Anteil der Personen mit einem Diabetes mellitus bei der Umstellung der Lebensweise auf unsere Lebensmittel und der monatelangen Untätigkeit erhöht.

Wichtig ist es, die Patienten mit viel Verständnis zu behandeln und sie nicht – aus Frustration über sprachliche und kulturelle Hürden – als „nicht schulungsfähig“ abzustempeln. Es hilft, sich einmal vorzustellen, wie es wohl für uns wäre, wenn wir die komplexe intensivierte Insulintherapie beispielsweise auf Bengalisch erklärt bekämen...



### Tipps

**Materialien in Fremdsprachen, zusammengestellt von der DDG AG Diabetes und Migranten**

<http://migration.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/arbeitsmaterialien/materialien-in-fremdsprachen.html>

**Anamnesebögen und Therapieplanung in 22 Sprachen kostenlos zum Download**

[www.kbv.de/html/1150\\_20914.php](http://www.kbv.de/html/1150_20914.php)

### FALLGESCHICHTE

Herr S. I. geb. 20.11.1974 in Bangladesch wurde uns vom Hausarzt überwiesen aufgrund seiner großen Trinkmengen und eines Blutzuckers von > 500mg%. Beim ersten Kontakt Anfang November 2015 sahen wir einen sehr schlanken jungen Mann, der kaum Englisch sprach. Auch sein Begleiter hatte kaum Englischkenntnisse. Der Erstkontakt dauerte ca. 3 Stunden.

Es wurde ein ICT Plan erstellt und auf die Lebensweise des Patienten abgestimmt, die von einer Vorliebe für mit Honig gesüßtem Tee und sehr viel „Süßem“ geprägt ist.

### INSULINDOSISPLAN BEI HERRN S. I., GEB. 20.11.1974

Mahlzeiteninsulin	Apidra 5 min vor dem Essen	
Basisinsulin	Lantus 10.00 :	22.00 :20

### BASISDATEN 02.11.15

Blutdruck	120/70
Blutzucker	pp 309 mg/dl Ketone 0,2mmol/l (normal)
HbA1c	11.8+
Schwere Hypo	keine
Häufigkeit Selbstkontrolle pro Woche	Tagesprofile
Mikro/Makroalbuminurie	
Gewicht	63,2 kg
Fußpulse	gut tastbar
Stimmgabeltest	Großzehen 7/8
Läsionen	Wagner 0

### LABORDATEN 06.11.15

INSH02	< 0.10 U/ml, IM16: negativ, IM16T: Bestimmung, nach der Literatur sind ca. 20 % der Asiaten negativ
--------	---

### 02.11.15

KREA03	0.72	GFRCKD	117	NTFE	400+
CHOL	221+	HDLC	34.2-	LDLH01	135
LDLQ	3.9+	CHOQ	6.5+	BLZS01	594+
HbA1c	11.8+	HBA1M	105+		
GAD201	< 0.16 U/ml	CPEP	0.56-		

Trotz weiterer intensiver Betreuung durch eine Diabetesberaterin konnte keine Besserung der Blutzuckerwerte erzielt werden. Wir versuchten, auch die Therapieoption eines Mody auszuschließen, indem wir einen Behandlungsversuch mit Glibenclamid unternahmen. (Eine genetische Bestimmung hätte den finanziellen Rahmen gesprengt.) Jedoch ohne Erfolg. Daraufhin baten wir den Patienten, sein Essen morgens in die Praxis zu bringen. Hier führten wir die Injektionen durch.

**Als die Beraterin das Insulin spritzte, hatte der Patient ein Aha-Erlebnis: Er hatte nach Plan die richtigen Insulin-einheiten auf dem Pen eingestellt, richtig eingestochen, bis 15 gezählt, aber nicht den Injektionsknopf gedrückt. Diese Funktion des Pens hatte er nicht wahrgenommen. Seitdem sind die Werte deutlich besser. 19.01.2016: HbA1c: 8.8+**

**Fazit:** So einfach kann die Lösung eines medizinischen Problems sein, wenn man neue Wege der Kommunikation einschlägt.

# DER FALL EMPA UND DAS AMNOG

## WAS FOLGT NACH DER ZUSATZNUTZENBEWERTUNG?

DIRK MÜLLER-WIELAND UND BAPTIST GALLWITZ

Für eine allgemeine Übersicht über die Entwicklungen des Arzneimittelneuerordnungsgesetzes (AMNOG) in Bezug auf die Diabetestherapie verweisen wir auf den Geschäftsbericht der Kommission „Gesundheitspolitische Fragen“<sup>1</sup> vom vergangenen Jahr und den Gesundheitsbericht Diabetes 2016<sup>2</sup>. Im Folgenden gehen wir auf einige versorgungsrelevante Aspekte ein, die den Prozess nach der Zusatznutzenbewertung betreffen.

### Zusatznutzen und Indikatoren für die Bewertung von Krankheitsverläufen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) prüft nicht den Effekt und die Sicherheit eines neuen Medikaments. Dies ist die Aufgabe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das IQWiG beurteilt, ob ein neues Medikament einen eventuellen Zusatznutzen hat, und dient allein der Rahmgebung für die anschließenden vertraulichen Preisverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Hersteller. Das Problem bei chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes mellitus ist, dass die klinischen Studien, die für die Zulassung notwendig sind, in aller Regel nicht die Fragestellungen widerspiegeln, die das vom G-BA beauftragte IQWiG analysiert. Das Institut bewertet dann in aller Regel nicht auf dem Boden der vorhandenen Evidenz, sondern methodisch-formal. Wenn zu der genau vom G-BA festgelegten Fragestellung Studien fehlen, konstatiert das IQWiG, dass die Fragestellung nicht zu beurteilen sei und daher kein Zusatznutzen bestehe.

Zudem ist beim Diabetes mellitus die Pathogenese multifaktoriell, komplex und noch weitestgehend unverstanden. Daher ist unklar, welche Indikatoren bzw. Surrogat-Parameter neben der HbA1c-Senkung kurzfristig herangezogen werden können, um eventuell günstige Effekte einer neuen Substanz auf den Krankheitsverlauf feststellen zu können.

### Überraschung: Kardiovaskuläre Sterblichkeit wird gesenkt

In diesem Sinne waren die Ergebnisse der EMPA-REG-OUTCOME-Studie „überraschend“. Diese zeigten, dass der SGLT2-Hemmer Empagliflozin im Vergleich mit einer Standardtherapie das Risiko von kardiovaskulären Ereignissen

und Gesamtsterblichkeit bei Patienten mit kardiovaskulärer Vorerkrankung signifikant senken kann<sup>3</sup>.

Zudem wurde die Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz signifikant gesenkt, sodass die Forderung, diesen Endpunkt in Zukunft in kardiovaskulären Endpunktstudien systematisch zu testen<sup>4</sup>, eine neue Unterstützung bekommen hat.

Die Bewertung des Zusatznutzens durch den G-BA im Rahmen des AMNOG beginnt mit Einreichung des Dossiers zum Zeitpunkt der Zulassung auf dem deutschen Markt. Prozedural ist festgelegt, dass die Beurteilung spätestens sechs Monate nach Einreichung vorliegen muss, damit anschließend die vertraulichen Preisverhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband spätestens nach einem Jahr abgeschlossen sind. In Bezug auf das AMNOG waren die EMPA-REG-OUTCOME-Ergebnisse nicht nur wegen der klinischen Relevanz interessant, sondern auch weil diese Ergebnisse noch nicht vorlagen, als die Substanz sich verfahrensbedingt noch in der Bewertung des IQWiG befand. Das IQWiG bescheinigte wieder einmal aus formalen Gründen keinen Zusatznutzen. Die Daten zur Sterblichkeitsenkung durch Empagliflozin wurden nun aber während der anschließenden vertraulichen Preisverhandlungen publiziert.

### Konsequenz: Flexibilität im AMNOG-Verfahren?

Hier ist also Flexibilität im Sinne der Patientenversorgung vom GKV-Spitzenverband gefordert, aktuelle Ergebnisse mit klinisch relevantem Zusatznutzen, die nach der IQWiG-Bewertung, aber noch innerhalb des ersten AMNOG-Bewertungsjahres erscheinen, zu berücksichtigen. Vom G-BA erwarten wir, eventuell das Verfahren zu modifizieren, wenn klar ist, dass innerhalb kurzer Zeit nach „offizieller“ Eröffnung des Verfahrens und Einreichung der Unterlagen klinisch hoch relevante Daten zeitnah erscheinen werden.

Das Problem bei chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes mellitus ist, dass die klinischen Studien, die für die Zulassung notwendig sind, in aller Regel nicht die Fragestellungen widerspiegeln, die das vom G-BA beauftragte IQWiG analysiert.

### Vorsicht: Das AMNOG wird eventuell durch „Regionalisierung der Wirtschaftlichkeit“ ausgehebelt

Eine neue Entwicklung bei der Umsetzung des AMNOG ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), das die Regionalisierung der Arzneimittelsteuerung und Wirtschaftlichkeit ab dem 1. Januar 2017 auf dem Boden von Vereinbarungen zwischen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regeln soll. Ein einheitlicher transparenter Kriterienkatalog, der auf den Ergebnissen des AMNOG bzw. G-BA auf Bundesebene beruht, ist bisher nicht vorgesehen und birgt daher die Gefahr einer „regionalen Willkür“ beziehungsweise zusätzlicher regionaler Nutzenbewertungsverfahren. Die hierdurch bedingten Verschreibungsvorgaben könnten die Therapiefreiheit des Arztes einschränken und zu einer föderalen Ungleichheit der Patientenversorgung führen. Auch hier gibt es aus unserer Sicht dringenden Handlungsbedarf.

Die Autoren sind Vizepräsident und Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft

### Literatur:

1. [www.ddg.info/fileadmin/Redakteur/Ueber\\_uns/Ausschuesse\\_Kommissionen\\_Jury/Kommission\\_gesundheit\\_Fragen/Jahresbericht\\_2015\\_Kommission\\_Gesundheitspolitische\\_Fragen.pdf](http://www.ddg.info/fileadmin/Redakteur/Ueber_uns/Ausschuesse_Kommissionen_Jury/Kommission_gesundheit_Fragen/Jahresbericht_2015_Kommission_Gesundheitspolitische_Fragen.pdf)
2. Gallwitz B. et al.: Das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) und die Diabetologie, in: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes, Mainz 2016, S. 160 ff.
3. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al.: Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *New Engl J Med* 2015; Sept 17 [Epub ahead of print].
4. McMurray JJV, Gerstein HC, Holman RR, Pfeffer MA: Heart failure: a cardiovascular outcome in diabetes that can no longer be ignored. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2: 843-51.



Astrid Wolff, Sybille Wunderlich und Yvonne Häusler sind sich einig: Behandlungsqualität und Patientensicherheit sind durch die neuen Strukturen gestiegen.

# DANKBARE PATIENTEN

## ZERTIFIZIERUNG LOHNT SICH

Mit geschwollenen Ellbogen und hohem Fieber kam Jörg D. ins Krankenhaus der DRK Kliniken Berlin Westend. Die Ärzte diagnostizierten einen entzündeten Schleimbeutel und einen eitrigen Abszess und bereiteten schon die Notfalloperation vor. Doch die Laborwerte des 53-jährigen Berliners zeigten noch einen weiteren überraschenden Befund: einen gefährlich hohen Blutzuckerwert von 525 mg/dl.

Als Sybille Wunderlich, Chefärztin in der Klinik für Innere Medizin Schwerpunkt Diabetologie, über die Werte informiert wurde, nahm sie sofort mit der chirurgischen Abteilung Kontakt auf. Der Blutzuckerspiegel musste unbedingt gesenkt werden. „Früher wäre vielleicht einem solchen Patienten nicht die notwendige Beachtung geschenkt worden“, sagt Sybille Wunderlich. Früher – das war, bevor in der Berliner Klinik der Behandlungsablauf für Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes entscheidend verbessert wurde.

Der Lohn der Mühen: Seit Juni 2015 besitzt das Krankenhaus das DDG Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“. Das bedeutet unter anderem, dass bei jedem neu aufgenommenen Patienten der Glucosewert gemessen und bei Überschreiten eines Grenzwertes automatisch vom Labor an die Diabetologie gesendet wird. Dadurch wird ein Konsilprozess ausgelöst. So können die Diabe-

tologen schnell die nötige Behandlung festlegen. Der Patient, der beispielweise wegen einer geplanten Hüftoperation in der chirurgischen Station liegt, wird also auch mit seinem Diabetes kompetent betreut. Das ist wichtig, denn unzureichend versorgte Diabetiker müssen oft länger im Krankenhaus bleiben. Immer wieder verzögern Komplikationen den Heilungsprozess. Diabetiker sind zum Beispiel anfällig für Infekte, Lungenentzündungen, Schlaganfall oder Herzinfarkt, auch die Wundheilung kann länger dauern als bei Nichtdiabetikern.

Drei Ärztinnen für Innere Medizin und Diabetologie sowie vier Diabetesberaterinnen bzw. Wund- oder Diätassistentinnen bilden die „schnelle Eingreiftruppe“ um Sybille Wunderlich. Über einen Erfolg freut sich das Team besonders. „40 bisher unbekannte Diabetesfälle haben wir durch das Screening seit November 2014 entdeckt“, erklärt Diabetesberaterin Yvonne Häusler. Die Beraterinnen

“  
**So liegt jetzt meist auch der HbA1c schon vor, wenn das Diabetesteam zum Konsil gerufen wird, daran war vor einem Jahr noch nicht zu denken.**

Sybille Wunderlich

besuchen jeden Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes und besonderem Betreuungsbedarf. Sie führen ein Erstgespräch und machen in der Regel etwa fünf bis sechs Schulungen, zum Beispiel über die richtige Spritztechnik und den Umgang mit Unter- oder Überzuckerung. Bei Jörg D. übernahm Astrid Wolff diese Aufgabe. „Beim ersten Gespräch ist es sehr wichtig, möglichst viel über die Lebensumstände und Ernährung der Patienten zu erfahren. Sie sollen ja in der Lage sein, unsere Empfehlungen in ihrem Alltag auch umsetzen zu können“, erklärt die von der DDG weitergebildete Diabetesberaterin.

Auch das Insulin muss auf die Ernährungsweise abgestimmt sein. Der Fall von Jörg D. erwies sich dabei als nicht ganz einfach. Der Schichtarbeiter ernährte sich nämlich hauptsächlich von Brötchen, Döner Kebabs und Fruchtsäften. Doch die Tipps von Wolff überzeugten ihn offenbar. Zukünftig würde er sich, so versprach er, selbst Brote für die Arbeit machen und zumindest abends hin und wieder eine warme Mahlzeit essen. Im Krankenhaus wurde sein Diabetes gut eingestellt. Weil auch die Wunde am Ellbogen problemlos verheilte, konnte Jörg D. schon nach einer Woche nach Hause gehen.

Die DRK Kliniken Westend, ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit ca. 500 Betten haben nur die krankenhaushausweite Zertifizierung für die Nebendiagnose. Hier wurden auch spezialisierte

Fachabteilungen durch die DDG anerkannt: als Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG, als Fußbehandlungseinrichtung DDG und als Diabetologikum für Kinder und Jugendliche.

„Da lag es einfach auf der Hand, unser Angebot für die Patienten mit der Zertifizierung ‚Klinik für Diabetespatienten geeignet‘ abzurunden“, betont Chefärztin Wunderlich. Große Unterstützung erhielten die Westender Ärztinnen von der Geschäftsleitung und von der Trägerin der DRK Kliniken, der DRK-Schwwesterschaft. Das half, die anfängliche Skepsis der anderen Fachabteilungen zu überwinden. Nach dem Plan der Trägerin sollen die Patienten aller Standorte des Klinikverbundes von der Diabeteszertifizierung profitieren. Auch die DRK Kliniken Berlin-Köpenick haben das Ziel „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ bereits erreicht. Die Diabetesteam beider Kliniken halfen sich gegenseitig, zum Beispiel bei den Schulungen der Pflegekräfte. Denn um die begehrte Auszeichnung zu erhalten, müssen unter anderem auf jeder Station mindestens zwei Vollzeitpfleger zur „diabetesversierten Pflegekraft“ ausgebildet werden.

Welches Fazit zieht das Diabetesteam nach mehr als einem Jahr Erfahrung mit den neuen Strukturen? „Es lohnt sich auf jeden Fall. Die Behandlungsqualität und Patientensicherheit steigen, hier liegen auch Potentiale für eine verkürzte Liegedauer und verminderte

Komplikationen“, sagt Diabetologin Wunderlich. „Und die Patienten selbst sagen mir immer wieder, dass sie sehr dankbar für unsere Behandlung sind“, ergänzt Astrid Wolff. Auch die Pflegekräfte auf den Stationen des Klinikums haben mittlerweile den Behandlungsplan mit offenen Armen aufgenommen. So liegt jetzt meist auch der HbA1c schon vor, wenn das Diabetesteam zum Konsil gerufen wird, daran war vor einem Jahr noch nicht zu denken.



Die DRK Kliniken Westend in Berlin

# DER TSUNAMI DER LEBENSSTILERKRANKUNGEN

## WARUM TUT SICH DIE POLITIK SO SCHWER?

DIETRICH GARLICH

Nicht Hunger und Mangelernährung sind weltweit das größte Krankheitsrisiko, schrieb kürzlich die renommierte britische Fachzeitschrift Lancet, sondern ungesunde Ernährung und Übergewicht. Für Deutschland wie für andere Länder mit westlichem Lebensstil gilt dies schon seit geraumer Zeit. Dass wir mit unserer Lebensweise auf eine Gesundheitskatastrophe zusteuern, erkennen immer mehr Politiker – vor allem die Sorge vor den Kosten wirkt wie ein Weckruf. Allein die Folgen des Diabetes: Behandlung, Pflege, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung, belasten unsere Sozialsysteme jährlich mit ungefähr 35 Milliarden Euro!

### LANDWIRTSCHAFTS- UND GESUNDHEITSPOLITIK IM CLINCH

Während mehr und mehr Gesundheitspolitiker fordern, den Einzelnen nicht länger allein zu lassen mit den verheerenden Folgen unserer Ernährungsweise, sondern endlich ernstzumachen mit der international seit Langem geforderten Verhältnisprävention, lehnt das Landwirtschaftsministerium eine solche Politik strikt ab. Und sein jüngster Ernährungsbericht kommt zu dem erstaunlichen Ergebnis: „Die Deutschen ernähren sich gesund und ausgewogen“, und weiter: „Unsere Lebensmittel sind sicher.“ Ganz offensichtlich ein Versuch, mit dieser geschönten Darstellung dem dringenden Handlungsdruck auszuweichen.

Fast wörtlich wird hierbei vom Landwirtschaftsminister die Argumentation der

Lebensmittelindustrie übernommen. Eine aktuelle Untersuchung hat kürzlich ergeben, dass 90 Prozent der in Deutschland gezielt an Kinder vermarkteten Lebensmittel überzuckert sind und nicht den WHO-Empfehlungen entsprechen. Die Sprecherin des „Bundes für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde“ kommentierte dieses Ergebnis prompt: „Hier werden sichere und hochwertige Lebensmittel verunglimpft.“ Dass unsere Lebensmittel „sicher“ seien – eigentlich eine Selbstverständlichkeit! – soll offensichtlich davon ablenken, dass es in dieser Debatte nicht um einzelne Lebensmittel, sondern um das Problem einer gesunden Ernährung geht.

Ganz ähnlich argumentiert die „Wirtschaftliche Vereinigung Zucker“: „Der Zucker ist nicht schuld. Denn der Zucker per se macht nicht krank. Sie können

sogar so weit gehen und sagen: Zucker ist gesund. Warum nicht?“ In einer Einladung an Parlamentarier heißt es: „Die Reduktion von Zucker in Lebensmitteln – bringt das was? Kommt es nicht viel mehr auf die persönliche Energiebilanz an?“ – Rhetorische Fragen, die so gestellt sind, dass die Antworten von vornherein feststehen: Schuld an der Misere ist nicht die heutige hochkalorische Ernährungsweise, sondern schuld ist derjenige, der nicht in der Lage ist, seine Essgewohnheiten an seiner persönlichen Energiebilanz auszurichten. Den Schwarzen Peter hat nach dieser Sichtweise immer der Einzelne.

### DIE ZEITEN ÄNDERN SICH

Glücklicherweise sind da viele Gesundheitspolitiker schon weiter. Immer mehr bekennen sich zu konkreten Maßnahmen der Verhältnisprävention wie einer Zucker-/Fettsteuer oder der Einschränkung des Marketings für Kinderlebensmittel. Immerhin haben sich schon der Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses wie auch andere prominente Parlamentarier aller Fraktionen dazu bekannt. Damit wachsen die Chancen, dass solche Maßnahmen Teil des nächsten Koalitionsvertrags werden.

Zu stark ist angesichts der Kosten im Gesundheitssystem inzwischen der Handlungsdruck für die Gesundheitspolitiker geworden. Denn die Fakten und Erfahrungen aus der Vergangenheit sprechen für sich: Die positiven Effekte von Steuern und Preissignale lassen sich vielfältig belegen. Alkopops sind nach der Einführung einer entsprechenden Steuer praktisch vom Markt verschwunden. Und die Tabaksteuererhöhungen waren nachgewiesenermaßen das wirksamste

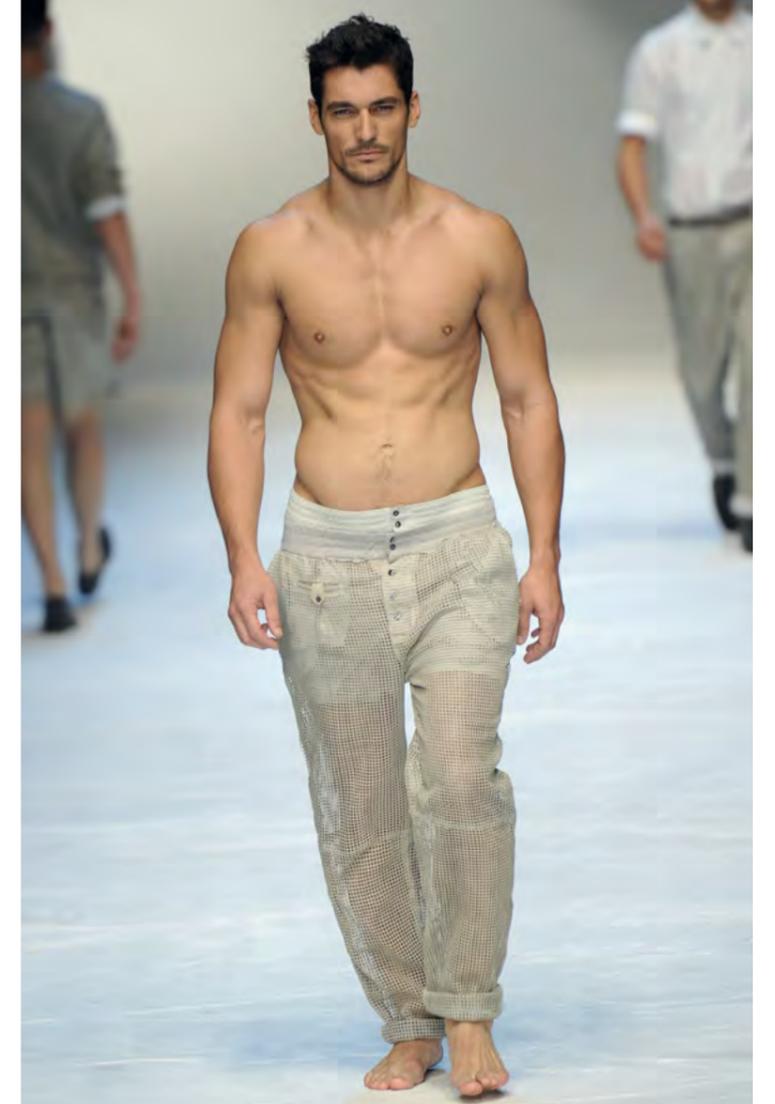
Instrument gegen das Rauchen – weit erfolgreicher als andere Maßnahmen.

Auch aus anderen Ländern gibt es positive Erfahrungen: Neueste Untersuchungen über die Effekte der mexikanischen Softdrinksteuer zeigen, dass die Mexikaner seit deren Einführung deutlich seltener zu den gesüßten Dickmachern greifen, dafür aber mehr ungezuckerte Getränke zu sich nehmen. Und selbst die britische Regierung unter Premierminister Cameron, einem hartgesottenen Marktwirtschaftler, hat gerade eine Softdrinksteuer beschlossen, weil man nicht weiß, wie man sonst der Adipositaswelle Herr werden soll. Zur Begründung legte der britische Finanzminister eindrucksvoll dar: „Ein fünf Jahre altes Kind nimmt heute so viel Zucker zu sich, wie es selbst wiegt.“

Die Zeichen der Zeit werden selbst in den internationalen Lebensmittelkonzernen erkannt: McDonald's warnte im haus-eigenen Intranet seine Mitarbeiter vor regelmäßigem Konsum von Fastfood, und Coca-Cola hat eingesehen, dass auch noch so teure Forschungsaktivitäten keinen Nachweis für die Gesundheit des eigenen Produkts erbringen werden, und die entsprechende Forschungsfinanzierung zurückgenommen.

### WIDER BESSERES WISSEN

Und was tut der deutsche Landwirtschaftsminister angesichts der erdrückenden Evidenz? Er stellt zwei Millionen Euro für eine sogenannte „Strategie zur Reduktion von Salz, Zucker und Fett“ bereit. Das Ministerium will herausfinden, wieviel Salz, Zucker und Fett die Menschen hierzulande zu sich nehmen. Und dann sollen – zusammen mit der Lebensmittelindustrie! – Reduktionsziele erarbeitet werden.



David Gandy, 35,ritisches Model, lehnt Aufträge als Werbemodell für Süßigkeiten oder zuckerhaltige Getränke ab und ruft andere Promis dazu auf, es ihm gleichzutun.

Offensichtlich reichen dem Landwirtschaftsminister die Daten der Weltgesundheitsorganisation nicht aus, die trotz vieler Widerstände 2015 beschloss, die maximal empfohlene Tagesaufnahme von Zucker auf 25 g oder fünf Prozent des täglichen Kalorienbedarfs zu beschränken. Landwirtschaftsministerium und Zuckerindustrie halten diesen Wert für nicht ausreichend wissenschaftlich belegt – ungeachtet der 9.000 Studien, die die WHO ausgewertet hat, bevor sie zu dieser Empfehlung kam.

Offensichtlich möchte das Landwirtschaftsministerium mehr seine Erzeugerinteressen fördern als die Gesundheit der Bevölkerung. Das ist auch gar nicht so verwunderlich, sondern die Folge des Zuschnitts für dieses Ministerium. Wie kann derjenige, der in Brüssel die Interessen der deutschen Landwirtschaft verteidigen muss, gleichzeitig die Interessen der

deutschen Verbraucher schützen? Mit wenigen Ausnahmen haben Landwirtschaftsminister immer Klientelpolitik für die Erzeuger betrieben und eben nicht für die Gesundheit der Bevölkerung.

Übergewicht und Fettleibigkeit werden inzwischen als größtes Gesundheitsrisiko weltweit eingestuft. Weltgesundheitsorganisation und OECD sprechen von einer globalen „Adipositas-Krise“. Der Zeitpunkt scheint gekommen, die Verantwortung für Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz in die Hände des Gesundheitsministers und des Gesundheitsausschusses zu legen. Für „sichere“ Lebensmittel kann der Landwirtschaftsminister ja weiterhin sorgen.

Der Autor ist Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft und Sprecher der „Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)“

# OPTIMIERTE PRAXISORGANISATION

## WENIGER REIBUNGSVERLUSTE UND LERNEN AUS FEHLERN

Das Ambulante Diabeteszentrum Traunstein/Trostberg gehörte vor zehn Jahren zu den ersten Praxen in Bayern, die eine Zertifizierung als Diabeteszentrum Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement bekommen hat. Anfang des Jahres wurde die Einrichtung nun rezertifiziert. „Für uns ist es eine Herausforderung, gleichzeitig aber auch eine Entlastung, dass wir uns regelmäßig durch eine externe Institution prüfen lassen. Das Zertifikat hält die Dynamik aufrecht, sich weiterzuentwickeln“, sind sich Dr. med. Annemarie Voll und Arianne Belleville einig, die gemeinsam die Schwerpunktpraxis führen.

Für die beiden Ärztinnen ist die Anerkennung als Diabetologikum weniger ein Aushängeschild als vielmehr ein Ansporn, die eigene Arbeit zu verbessern: „Das DDG Zertifikat hängt bei uns gleich am Eingang. Wichtiger ist jedoch, dass die Patienten in der Behandlung auch das erleben, was dieses Zertifikat verspricht.“

Auf dem langen Flur sitzen in den Wartenischen Patienten jeden Alters – vom Jugendlichen bis zum Rentner – und in wachsender Zahl auch schwangere Frauen. Rund 2.000 Patienten versorgt die ambulante Behandlungseinrichtung im Landkreis Traunstein im Quartal, zu der auch eine Filialpraxis am Trostberger Klinikum gehört. Das Leistungsspektrum umfasst neben der Diabetestherapie und Schulung auch die Diagnostik und Behandlung von Folgeerkrankungen wie makro- und mikrovaskuläre Komplikationen, zum Beispiel Nephropathie und Neuropathie bis hin zum Diabetischen Fußsyndrom, in der angegliederten Fußambulanz.

Besonders viel Zeit nehmen sich die beiden Ärztinnen und ihr zwölfköpfiges Team für die Aufnahme und Untersuchung neuer Patienten. „Viele nutzen die Gelegenheit auch, um sich auszusprechen“, erklärt Arianne Belleville. „Wir praktizieren eine individualisierte Medizin. Jeder Patient ist anders, wir begleiten ihn auf seinem Erfahrungsweg“, ergänzt Dr. Annemarie Voll.

Dabei geht es nicht um den erhobenen Zeigefinger: „Die Therapie orientiert sich daran, was jeder Patient annehmen kann. Wir wollen ihm helfen, sich selbst zu beobachten. So lernt er, bewusst und aus eigenem Antrieb zu handeln.“

Die Tatsache, dass hinter jedem Patienten eine Lebensgeschichte steckt, spielt bei der Behandlung eine wichtige Rolle. Ein 73-jähriger Diabetespatient beispielsweise war tief betroffen, als er erfuhr, dass er ab sofort mehrmals täglich Insulin spritzen sollte. „Er sah dies als persönlichen Misserfolg an. Als ehemaliger erfolgreicher Manager war ihm unerklärlich, warum er das Fortschreiten der Erkrankung trotz seines korrekten Verhaltens nicht aufhalten konnte“, erinnert sich Dr. Voll. „Manche leiden darunter, ihre Krankheit nicht unter Kontrolle zu haben. Wer jedoch gut geschult ist, hat auch die Therapie besser unter Kontrolle.“

Deshalb setzt das Diabeteszentrum darauf, Patienten nach ihren Besonderheiten in speziell zusammengesetzten Gruppen zu schulen. Sandra Gasteiger gehört zu den vier Diabetesberaterinnen im Praxisteam und leitet derzeit eine „Medias 2 ICT“-Schulung mit neun Teilnehmern. „Die Gruppen wachsen über die Wochen zusammen, der Austausch untereinander ist vielen wichtig“, weiß die Beraterin zu berichten.



Für Arianne Belleville und Annemarie Voll bringt Qualitätsmanagement vor allem eines: mehr Zeit für die Patienten.

Am Ende des Kurses beginnt eine angeregte Unterhaltung. Ein älterer Patient erklärt: „Es ist nicht nur der Umgang mit Insulin, den wir hier lernen. Endlich verstehe ich die Krankheit und ich weiß jetzt, was in meinem Körper passiert.“ Ein anderer Teilnehmer fügt hinzu: „Seitdem ich hier bin, geht es mir besser, weil ich mich nicht ständig schuldig fühle. Ich werde hier erstmals beraten und bekomme nicht nur Vorwürfe.“ Sandra Gasteiger freut sich über das Feedback und erfährt selbst viel Positives: „Mit jedem Patienten lernen auch wir dazu.“ Es motiviert sie, ihren Patienten eine Lebensweise ohne starre Diätpläne nahebringen zu können: „Sie lernen, die Insulindosis angepasst zu spritzen. Unser Training hilft ihnen, flexibler und souveräner mit Insulin umzugehen. Das Ziel ist immer eine bessere Lebensqualität.“

Damit die Betreuung der Patienten auf einem hohen Niveau bleibt, legt das Team großen Wert auf das diabetesspezifische Qualitätsmanagement, das ein wichtiges Kriterium bei der Rezertifizierung ist. Ramona Beer ist im Diabeteszentrum dafür zuständig. Sie betreut das sogenannte elektronische

### Management-, Leistungs- und Supportprozesse greifen so nahtlos ineinander.

Ramona Beer

Handbuch, das digitale Herzstück der Praxis. In dem Handbuch sind alle wesentlichen Abläufe genau dokumentiert, um so im Alltag leitliniengerecht arbeiten zu können. Ob genaue Anleitungen für Behandlungen und Notfälle, Hygienevorschriften, Handbücher für die Gerätewartung oder Checklisten für Terminvergaben:

Das Tool unterstützt die Mitarbeiter täglich in wichtigen Fragen. „Management-, Leistungs- und Supportprozesse greifen so nahtlos ineinander“, erläutert Beer. Sie organisiert außerdem regelmäßig Umfragen unter Patienten, Mitarbeitern und zuweisenden Ärzten. So hat die Praxis immer im Blick, ob alles rundläuft. Einer der Schwerpunkte liegt hier auf dem Risiko- und Fehlermanagement. In Teamsitzungen kommen alle Schwierigkeiten im Praxisalltag offen zur Sprache. „Die Verbesserungen werden danach in das elektronische Handbuch übertragen“, erklärt Beer. Dr. Voll sieht darin viele Vorteile: „Wir blicken auf zehn Jahre Erfahrung zurück. Wir haben im Praxisalltag weniger Reibungsverluste und lernen aus unseren Fehlern. So haben wir letztlich mehr Zeit für unsere Patienten.“



DDG Präsident Baptist Gallwitz referierte auf dem Fachkongress der CDU/CSU-Fraktion.



Kongresspräsident Norbert Stephan wählte das Motto „Personalisierte Diabetologie: innovativ – individuell – nachhaltig“ für den Diabetes Kongress 2015.



Der Nachwuchs in der DDG Tomorrow Lounge

# DAS DDG JAHR IN BILDERN

Baptist Gallwitz, Dirk Müller-Wieland und Dietrich Garlichs diskutierten mit Frank Ulrich Montgomery (Präsident der Bundesärztekammer) über eine bessere Einbindung der Fachgesellschaften in die frühe Nutzenbewertung des IQWiG/G-BA.



Edgar Franke, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, begrüßt die Gäste des Parlamentarischen Jahresempfangs der DDG.



Stephan Schreiber und Eva-Maria Fach gestalteten eine inhaltlich spannende Herbsttagung in Düsseldorf.



Der neue und der alte Präsident, Baptist Gallwitz und Erhard Siegel



Maria Michalk (gesundheitpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion), Ute Betram und Rudolf Henke, Mitglieder des Gesundheitsausschusses, beim DDG Jahresempfang



Dirk Müller-Wieland, Hilde Mattheis (gesundheitpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion) und Dietrich Garlichs beim DDG Jahresempfang



Eckart von Hirschhausen als Gast bei der Eröffnung des Diabetes Kongresses



Der DDG Stand: Treffpunkt für alle Diabetesexperten



Die DDG tanzt.



Der Diabetes Kongress lockte wieder über 6000 Besucher.



Anne-Katrin Döbler, Annette Bulgrin und Norbert Stefan sorgten für eine gelungene DDG Night.

# MESSGÜTE UND MESSGENAUIGKEIT

## DIE NEUE KOMMISSION FÜR LABORDIAGNOSTIK IN DER DIABETOLOGIE

LUTZ HEINEMANN

Labormedizinische Untersuchungen sind ein unverzichtbarer Baustein der Diabetesdiagnostik und -behandlung. Der Diabetes mellitus kann als Sammelbegriff für eine heterogene Störung des Stoffwechsels bezeichnet werden. Ursachen sind immer eine Insulinsekretionsstörung bis zum absoluten Insulinmangel und meist eine Insulinresistenz. Der Leitbefund ist die chronische Hyperglykämie. Daher sind Laborparameter, die chronisch erhöhte Blutglukosespiegel quantifizieren, besonders bedeutsam. Aber auch andere Laborparameter spielen eine wichtige Rolle, denn der Diabetes ist keine isolierte Störung des Kohlenhydratstoffwechsels. Daher werden neben dem Langzeitwert HbA1c, Laborparameter zur Beurteilung des Lipidstoffwechsels, wie beispielsweise Gesamtcholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin, die Triglyceride auch die Albuminausscheidung im Urin analysiert.

Diabetologie und Laboratoriumsmedizin sind eng verflochten. Nur mit einer hohen Qualität der Messwerte können Diabetologen adäquate Therapieentscheidungen treffen. Bisher gab es keine Ansprechpartner innerhalb der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) für methodische Aspekte und deren klinische Konsequenzen bei klinisch-chemischen Parametern wie Glucose, HbA1c, Insulin, C-Peptid, Antikörper etc. Dabei stellen diese essentielle Parameter für Diagnostik und Betreuung von Patienten mit Diabetes dar. In der neu gegründeten Kommission, die direkt an den Vorstand der DDG berichtet, sind Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL) und der DDG paritätisch vertreten.

Die Mitglieder sind Kliniker, niedergelassene Kollegen und Wissenschaftler unter der Leitung von Prof. Dr. Lutz Heinemann und Dr. Guido Freckmann.

Ein vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der Qualität der Messung von Glukose HbA1c unter Berücksichtigung der bisher eher weiten zulässigen Grenzwerte bei Ringversuchen. Die Kommission wird sich weiterhin an der Aktualisierung einer Leitlinie zur Diabetesdiagnostik beteiligen und bei Bedarf offene Fragen und wissenschaftliche Forderungen zum Thema Laborparameter formulieren. Eine weitere Aufgabe ist die Evaluierung und klinische Positionierung von klinisch-chemischen „Surrogat“-Parametern. Dies erhält eine wichtige

Bedeutung im Rahmen von Register- und Versorgungsforschung sowie für die Nutzenbewertungen von neuen Medikamenten und Medizinprodukten im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) bzw. durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Weiterhin soll sich diese Kommission um die Organisation von Fortbildungen zum Thema Labordiagnostik kümmern sowohl für die ärztlichen Kollegen wie auch das Diabetesteam.

Der Autor ist Vorsitzender der DDG Kommission Labordiagnostik in der Diabetologie.

# EHRUNGEN UND PREISE 2015



**Paul-Langerhans-Medaille**  
**Prof. Juleen Rae Zierath,**  
**Stockholm, Schweden**

Im Jahr 2015 erhielt Prof. Juleen Rae Zierath aus Stockholm, Schweden die höchste Auszeichnung der DDG, die Paul-Langerhans-Medaille. Prof. Zierath ist Professorin für klinisch-integrative Physiologie und Leiterin der Abteilung für Integrative Physiologie sowie Leiterin des Bereichs für Integrative Physiologie der Abteilung Molekularmedizin am Karolinska Institut in Stockholm. Sie ist außerdem Professorin für Integrative Physiologie an der Universität von Kopenhagen, Dänemark, wo sie als wissenschaftliche Direktorin am Novo Nordisk Foundation Center für Stoffwechselforschung tätig ist.

Die DDG vergibt die nach dem deutschen Pathologen Paul Langerhans benannte Medaille seit mehr als 40 Jahren an internationale Spitzenforscher der Diabetologie.



**Hellmut-Otto-Medaille**  
**Prof. Dr. med. Monika Kellerer,**  
**Stuttgart**

Die Ärztliche Direktorin des Zentrums für Innere Medizin I am Marienhospital Stuttgart wurde 2015 von der DDG mit der Hellmut-Otto-Medaille für ihre Verdienste als Leitlinienbeauftragte der Fachgesellschaft ausgezeichnet. Die DDG hält mehr Leitlinien aktuell als alle anderen Fächer. In der DDG ist Professorin Monika Kellerer unter anderem als Leitlinienbeauftragte des Vorstandes der DDG verantwortlich für die Erstellung der Therapieleitlinien der DDG. Wegen dieses außerordentlichen Engagements wurde Monika Kellerer im Andenken an den verstorbenen Bremer Diabetologen Hellmut Otto geehrt.



**Gerhardt-Katsch-Medaille**  
**Prof. Dr. rer. nat. Karin Lange,**  
**Hannover**

Die Gerhardt-Katsch-Medaille der DDG erhielt im Jahr 2015 Prof. Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Karin Lange. Damit würdigte die DDG ihre langjährige wissenschaftliche Tätigkeit zur Konzeption und Implementierung von Diabetesschulungen und psychosozialen Versorgungsangeboten für Patienten wie auch in der Aus- und Weiterbildung von Diabetesberater/innen DDG, Diabetologen/innen DDG und Fachpsychologe/in DDG.

Die DDG verleiht seit 1979 im Andenken an einen der wichtigsten Begründer der Diabetologie die Gerhardt-Katsch-Medaille an Menschen, die sich besonders um das Wohl der Menschen mit Diabetes verdient gemacht haben.



**Werner-Creutzfeldt-Preis**  
**Prof. Dr. med. Andreas Fritsche,**  
**Tübingen**

Für seine herausragenden Forschungsarbeiten zum pathophysiologischen Verständnis der Progression von Prädiabetes zum Typ-2-Diabetes durch Bestimmung des GLP-1-stimulierbaren Insulinvermögens wird Prof. Dr. med. Andreas Fritsche mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis 2015 geehrt.

Der mit 10.000 Euro dotierte und von Lilly Deutschland gestiftete Werner-Creutzfeldt-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**  
**Prof. Dr. med. Andreas L.**  
**Birkenfeld, Dresden**

Der Ferdinand-Bertram-Preis 2015 wurde Professor Dr. med. Andreas Birkenfeld von der Medizinischen Klinik und Poliklinik III am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden verliehen. Er erhielt diesen Preis für seine Erforschung neuer pathophysiologischer Mechanismen in der Regulation des Energiehaushalts, des Körpergewichts und der adipositas-assoziierten Insulinresistenz.

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



**Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis**  
**PD Dr. rer. nat. Ortwin Naujok,**  
**Hannover**

Die DDG zeichnete im Jahr 2015 den Biochemiker Privatdozent Dr. rer. nat. Ortwin Naujok vom Institut für Klinische Biochemie der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis aus. Damit ehrt die Fachgesellschaft Ortwin Naujok für seine wegweisenden Arbeiten zur Generation von  $\beta$ -Zell-Ersatz aus Stammzellen tierischer und menschlicher Quellen.

Mit dem Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis der DDG werden jüngere Wissenschaftler ausgezeichnet, die sich auf dem Gebiet der Ätiologie und Therapie des Typ-1-Diabetes verdient gemacht haben. Das Preisgeld in Höhe von 10.000 Euro wird von Lilly Deutschland gestiftet.

**Empfänger Allgemeine Projektförderung 2016:** Dr. med. Petra Baum • Behandlungsinduzierte diabetische Neuropathie? Einfluss der Therapie mit Insulin auf die Entwicklung einer Diabetischen Neuropathie bei der Ratte – Untersuchungen zur Pathophysiologie • 12.000 € | Dr. rer. hum. biol. Lucia Berti • Regulation of insulin sensitivity by FNDC5 in human myotubes and adipocytes differentiated in vitro • 8.000 € | Prof. Dr. med. Andreas Birkenfeld • Dissociating the effect of bariatric surgery on insulin sensitivity from changes in body weight • 8.000 € | Prof. Dr. med. Matthias Blüher • Die Rolle von Eisen in der Entwicklung einer peripheren diabetischen Neuropathie in den Leptin-Rezeptor defizienten (BKS(D)-Leprdb/JOrlRjdb/db) Mäusen als adipöses Typ-2-Diabetes-Modelltier • 10.000 € | PD Dr. med. Thomas Bobbert • FGF-21 bei körperlicher Belastung • 5.580 € | Dr. med. Anja Böhm • Charakterisierung von metabolisch gesunder vs. kranker Adipositas in humanen Adipozyten auf Proteomebene • 8.000 € | Karina Boß • EDU-KIDS: Kinder mit Diabetes in der Schule – Entwicklung und Evaluation eines Schulungsprogramms für

Pädagogische Fachkräfte, die Kinder mit Diabetes in der Schule betreuen, und dessen Auswirkung auf die Inklusivität • 10.000 € | Anupriya Chatterjee • Significance of GlcNAcylation-related Angiotensin-2 upregulation in NDPKB deficiency-induced endothelial cell damage – A complementary application • 7.500 € | Dr. med. Anke Dahmann • Sugar and Salt – Natriumspeicherung bei Diabetespatienten • 10.000 € | Prof. Dr. rer. nat. Martina Düfer • Die Bedeutung mitochondrieller Heterogenität für die beta-Zellfunktion und deren Veränderungen bei Typ-2-Diabetes mellitus • 6.000 € | Dr. rer. nat. Louise Fritsche • Psychomotorische Untersuchung von Kindern gestationsdiabetischer Mütter • 15.000 € | Nele Görgler • Connexin-Hemichannels der beta-Zellen als potentielle Regulatoren der Insulinsekretion • 10.400 € | Dr. med. Isa Gottwald • Fit für die weiterführende Schule? Ein evaluiertes Schulungsprogramm für Kinder mit Typ-1-Diabetes • 6.000 € | Nico Hesselbarth • Identifizierung von Repin1 Zielgenen • 8.550 € | Dr. rer. nat. Tomas Jelenik • Role of Ndufb6 subunit of the electron transport system complex I in the development of insulin resistance •



**Silvia-King-Preis**  
**Dr. med. Martin Heni,**  
**Tübingen**

Den Silvia-King-Preis 2015 der DDG erhielt Dr. med. Martin Heni aus Tübingen. Der Preisträger erhält den von der Familie King gestifteten Förderpreis für seine Arbeiten auf den Gebieten „Zentralnervöse Regulation des humanen Metabolismus und seine Rolle in der Pathogenese von Prädiabetes und Typ-2-Diabetes“.

Der Silvia-King-Preis wird an jüngere Wissenschaftler auf dem Gebiet der klinischen Diabetologie verliehen. Um die Auszeichnung mit einem Preisgeld in Höhe von 2.600 Euro können sich deutschsprachige Wissenschaftler bewerben, die am Tag der Bewerbungsfrist das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.



**Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft**  
**Dr. rer. nat. Melina Claussnitzer,**  
**München/Boston**

Für ihre herausragenden Arbeiten zur „Systematischen bioinformatischen Identifizierung und experimentellen Charakterisierung von kausalen Typ-2-Diabetes Risikovarianten und deren zugrundeliegenden zellulären Mechanismen“ ehrt die Deutsche Diabetes Gesellschaft Dr. rer. nat. Melina Claussnitzer mit dem Förderpreis 2015. Der von Sanofi-Aventis gestiftete Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft in Höhe von 10.000 Euro wird deutschsprachigen Doktoranden bis spätestens zwei Jahre nach ihrer Promotion verliehen.



**Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft**  
**Dr. med. Rima Chakaroun,**  
**Leipzig**

Für ihre hervorragenden Arbeiten zu „Adipokine bei Adipositas und Glukosetoleranzstörung sowie Diabetes“ und „Darmmikrobiom bei Adipositas und Diabetes sowie kardiovaskulären Krankheiten“ wird die gebürtige Libanesin Dr. med. Rima Chakaroun mit dem Förderpreis der DDG 2015 ausgezeichnet. Rima Chakaroun forscht seit 2011 an der Medizinischen Klinik III – Klinik und Poliklinik für Endokrinologie und Nephrologie der Universität Leipzig.

Der von Sanofi-Aventis gestiftete Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft in Höhe von 10.000 Euro wird deutschsprachigen Doktoranden bis spätestens zwei Jahre nach ihrer Promotion verliehen.

6.000 € | PD Dr. med. Thomas Michael Kapellen • Double diabetes' and non-alcoholic fatty liver disease in children and adolescents with type 1 diabetes • 10.000 € | M. Sc. Teresa Kellerer • Einfluss von FAHFAs und Hydroxyfettsäuren auf den Adipozytenmetabolismus • 10.000 € | Dr. rer. nat. Andre Kleinriders • Density Enhanced Phosphatase-1 (DEP-1): neue Zielstruktur an der Schnittstelle von zerebraler Insulinresistenz und neuronaler Monoaminhomöostase? • 10.000 € | Prof. Dr. med. Antje Körner • IGF-1 als molekularer Link zwischen Adipositas-assoziiierter Wachstumsakzeleration und frühem Auftreten von Insulinresistenz bei Kindern • 10.000 € | Dr. rer. nat. Sara Langer • Charakterisierung der MODY2 Glucokinasevarianten I159N und I159S • 9.250 € | Dr. med. Katharina Laubner • Effekt eines spezifischen Selbstmanagement Trainings bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und komorbider Depression (Sante) • 8.000 € | Dr. med. Knut Mai • Bedeutung von Oxytocin für den Langzeiterfolg einer Gewichtsreduktion • 10.000 € | PD Dr. med. Natalia Rudovich • Is WNT1-inducible signaling protein?1 (WISP1) a novel cell type specific regulator



**Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung**  
**Prof. Dr. med. Reinhard Holl,**  
**Ulm**

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung wurde 2015 an Prof. Dr. med. Reinhard Holl verliehen. Damit ehrt die DDG seine Verdienste um das Populations-basierte Typ-1-Diabetes-Register DPV als Grundlage epidemiologischer Untersuchungen im deutschen Sprachraum. Reinhard Holl ist seit 2000 Leiter der Stabsstelle Unterricht am Zentralinstitut für Biomedizinische Technik, Ulm und Leiter der Forschergruppe Computerunterstütztes Qualitätsmonitoring in der Medizin (DPV- und APV-Projektgruppe) am Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie der Universität Ulm. Darüber hinaus betreut er als pädiatrischer Endokrinologe und Diabetologe ambulant Patienten.

in diabetic kidney disease? • 10.000 € | Maria Schläcker • Die Wirkung von Osteopontin auf die myozelluläre Insulinsensitivität unter Gewichtsreduktion • 12.000 € | Dr. rer. nat. Julia Schultz • Adipositas begünstigt eine Veränderung der mitochondrialen Dynamik, die entscheidend zur Manifestation des Diabetes mellitus Typ 2 beiträgt • 10.000 € | Torben Schulze • Mitochondriale Funktionsparameter während der metabolischen Amplifikation der Insulinsekretion • 12.000 € | Dr. med. PhD Julia Szendrödi • The relationship between liver steatosis and cardiac dysfunction in humans with type 2 diabetes • 10.000 € | Mojdeh Talebi Darestani • Study on the role of stem cells in diabetic endothelium • 6.000 € | Dr. rer. nat. Diana Willmes • Die Rolle von SLC16A11 in der Entstehung von Typ-2-Diabetes • 10.000 € | Lelia Wolf-van Bürck • Untersuchungen zur Eignung einer konditionierten Subkutistasche für die xenogene Inselzelltransplantation • 10.200 € | Degree, Master in Medicine Weiwei Zhang • Evaluation potenzieller Interaktionspartner des anti-inflammatorischen Proteins NUPR1 in INS-1E beta-Zellen und primären Inselzellen des endokrinen Pankreas • 10.000 €



**Hellmut-Mehnert-Projektförderung**  
**Dr. rer. nat. Angela Hommel,**  
**Dresden**

Die Hellmut-Mehnert-Projektförderung erhielt 2015 Dr. rer. nat. Angela Hommel aus Dresden. Sie erforschte am DFG-Zentrum für Regenerative Therapien Dresden (CRTD) an der Technischen Universität Dresden Möglichkeiten zur verbesserten Funktion von Inselzelltransplantaten für Patienten mit Typ-1-Diabetes. Angela Hommel überzeugte die Jury mit ihrem Förderantrag mit dem Titel „Role of PDGF-CC signaling in mesenchymal stromal cell support for islet transplantation“.

Die nach dem renommierten Diabetologen benannte Hellmut-Mehnert-Projektförderung wird jedes Jahr für den von der Deutschen Diabetes Gesellschaft als besten bewerteten Projektförderantrag gewährt.



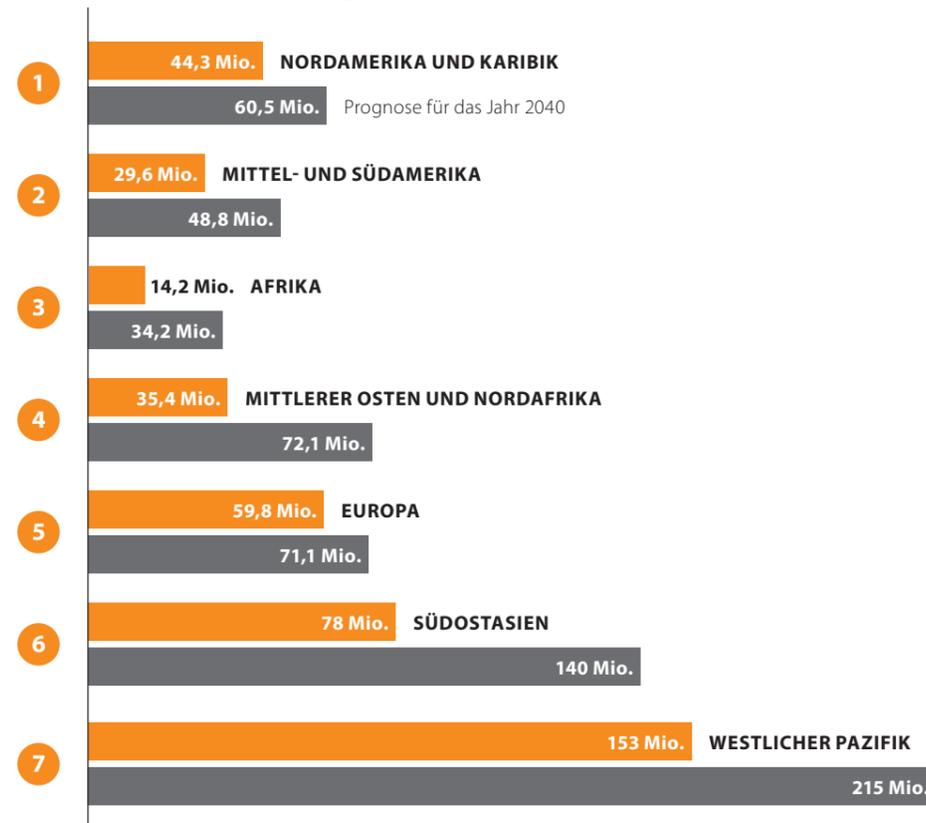
**Menarini-Projektförderung**  
**Prof. Dr. med. Sebastian M. Schmid,**  
**Lübeck**

Für seine herausragende Stoffwechselforschung wurde Prof. Dr. med. Sebastian Schmid von der DDG im Jahr 2015 mit der Menarini-Projektförderung ausgezeichnet. Sebastian Schmid erhält den Preis für seine Arbeiten zum Thema „Braunes Fettgewebe und Glukosestoffwechsel – molekulargenetische Mechanismen“.

Die Menarini-Projektförderung wird seit dem Jahr 2001 von der DDG verliehen. Die mit 15.000 Euro dotierte Anerkennung wird von der Firma Berlin-Chemie gestiftet und ist an Forschungsarbeiten geknüpft, die eine besondere Relevanz für die Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus haben.

# DIABETES – WELTWEITE PANDEMIE

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



Weltweit leben

**415**

Millionen

Menschen mit Diabetes



Im Jahr 2040 sind es voraussichtlich

**642**

Millionen

Menschen



Quelle: 7. Ausgabe des IDF Diabetes Atlas, Update 2015. IDF sammelt diese Daten aus verschiedenen Quellen, deren Qualität sehr unterschiedlich und deren Vergleichbarkeit darum eingeschränkt ist.

## 1 NORDAMERIKA UND KARIBIK

Anguilla 14,0 % · Antigua and Barbuda 13,7 % · Aruba 14,3 % · Bahamas 13,3 % · Barbados 17,0 % · Belize 14,2 % · Bermuda 15,1 % · British Virgin Islands 14,7 % · Canada 9,5 % · Cayman Islands 13,4 % · Curaçao 16,3 % · Dominica 12,9 % · Grenada 10,3 % · Guadeloupe 16,6 % · Guyana 11,2 % · Haiti 5,6 % · Jamaica 11,3 % · Martinique 17,6 % · Mexico 14,7 % · Montserrat 14,0 % · Saint Kitts and Nevis 13,4 % · Saint Lucia 10,9 % · Saint Vincent and the Grenadines 11,7 % · Sint Maarten [Dutch part] 13,4 % · Suriname 12,2 % · Trinidad and Tobago 14,5 % · United States of America 12,8 % · United States Virgin Islands 16,3 %

## 2 MITTEL- UND SÜDAMERIKA

Argentina 6,2 % · Bolivia [Plurinational State of] 6,5 % · Brazil 10,2 % · Chile 11,0 % · Colombia 9,6 % · Costa Rica 8,6 % · Cuba 12,1 % · Dominican Republic 8,1 % · Ecuador 8,5 % · El Salvador 8,8 % · French Guiana 9,2 % · Guatemala 9,1 % · Honduras 7,4 % · Nicaragua 7,7 % · Panama 9,4 % · Paraguay 8,4 % · Peru 6,4 % · Puerto Rico 14,2 % · Uruguay 6,9 % · Venezuela [Bolivarian Republic of] 11,1 %

## 3 AFRIKA

Angola 3,3 % · Benin 0,6 % · Botswana 4,0 % · Burkina Faso 1,8 % · Burundi 2,3 % · Cabo Verde 1,9 % · Cameroon 5,3 % · Central African Republic 5,2 % · Chad 4,5 % · Comoros 7,5 % · Congo 6,0 % · Côte d'Ivoire 1,9 % · Democratic Republic of the Congo 5,3 % · Djibouti 7,4 % · Equatorial Guinea 7,0 % · Eritrea 3,0 % · Ethiopia 2,9 % · Gabon 6,8 % · Gambia 1,6 % · Ghana 1,9 % · Guinea 1,9 % · Guinea Bissau 1,9 % · Kenya 2,2 % · Lesotho 2,9 % · Liberia 1,9 % · Madagascar 3,3 % · Malawi 2,7 % · Mali 1,8 % · Mauritania 2,0 % · Mozambique 2,3 % · Namibia 3,5 % · Niger 1,9 % · Nigeria 1,9 % · Réunion 18,2 % · Rwanda 3,5 % · Sao Tome and Principe 1,8 % · Senegal 1,8 % · Seychelles 17,4 % · Sierra Leone 1,8 % · Somalia 4,4 % · South Africa 7,0 % · South Sudan 6,6 % · Swaziland 2,8 % · Togo 4,0 % · Uganda 2,5 % · United Republic of Tanzania 3,5 % · Western Sahara 2,3 % · Zambia 3,1 % · Zimbabwe 2,9 %

## 4 MITTLERER OSTEN UND NORDAFRIKA

Afghanistan 6,6 % · Algeria 6,8 % · Bahrain 15,6 % · Egypt 14,9 % · Iran [Islamic Republic of] 8,5 % · Iraq 7,2 % · Jordan 9,1 % · Kuwait 14,3 % · Lebanon 12,2 % · Libya 9,2 % · Morocco 7,7 % · Oman 9,9 % · Pakistan 6,9 % · Qatar 13,5 % · Saudi Arabia 17,6 % · State of Palestine 6,5 % · Sudan 7,7 % · Syrian Arab Republic 7,0 % · Tunisia 9,5 % · United Arab Emirates 14,6 % · Yemen 3,8 %

## 5 EUROPA

Albania 12,0 % · Andorra 11,9 % · Armenia 7,2 % · Austria 9,5 % · Azerbaijan 6,3 % · Belarus 6,5 % · Belgium 6,7 % · Bosnia and Herzegovina 12,3 % · Bulgaria 8,4 % · Channel Islands 5,7 % · Croatia 6,8 % · Cyprus 10,4 % · Czech Republic 9,9 % · Denmark 9,9 % · Estonia 6,0 % · Faroe Islands 7,4 % · Finland 9,0 % · France 7,4 % · Georgia 7,5 % · Germany 10,6 % · Greece 7,5 % · Hungary 9,3 % · Iceland 7,6 % · Ireland 5,3 % · Israel 8,5 % · Italy 7,9 % · Kazakhstan 6,2 % · Kyrgyzstan 5,2 % · Latvia 7,3 % · Liechtenstein 8,9 % · Lithuania 5,5 % · Luxembourg 5,7 % · Malta 13,9 % · Monaco 8,1 % · Montenegro 12,8 % · Netherlands 7,9 % · Norway 7,8 % · Poland 7,6 % · Portugal 13,6 % · Moldova 7,7 % · Romania 10,6 % · Russian Federation 11,1 % · San Marino 9,0 % · Serbia 13,2 % · Slovakia 9,9 % · Slovenia 10,7 % · Spain 10,4 % · Sweden 6,3 % · Switzerland 7,7 % · Tajikistan 4,5 % · Macedonia 12,0 % · Turkey 12,5 % · Turkmenistan 5,2 % · Ukraine 8,0 % · United Kingdom 6,2 % · Uzbekistan 5,2 %

## 6 SÜDOSTASIEN

Bangladesh 7,4 % · Bhutan 7,9 % · India 8,7 % · Maldives 7,5 % · Mauritius 24,3 % · Nepal 3,3 % · Sri Lanka 8,5 %

## 7 WESTLICHER PAZIFIK

Australia 6,3 % · Brunei Darussalam 12,9 % · Cambodia 2,6 % · China 10,6 % · China, Hong Kong SAR 10,2 % · China, Macao SAR 8,5 % · Cook Islands 21,1 % · Dem. People's Republic of Korea 4,7 % · Fiji 13,4 % · French Polynesia 19,6 % · Guam 19,7 % · Indonesia 6,2 % · Japan 7,6 % · Kiribati 16,3 % · Lao People's Democratic Republic 2,9 % · Malaysia 16,6 % · Marshall Islands 21,1 % · Micronesia [Fed. States of] 13,6 % · Mongolia 5,1 % · Myanmar 6,5 % · Nauru 23,8 % · New Caledonia 20,3 % · New Zealand 9,1 % · Niue 14,7 % · Palau 20,8 % · Papua New Guinea 12,9 % · Philippines 6,1 % · Republic of Korea 8,7 % · Samoa 7,2 % · Singapore 12,8 % · Solomon Islands 13,6 % · Taiwan 10,0 % · Thailand 8,0 % · Timor-Leste 6,3 % · Tokelau 29,7 % · Tonga 12,6 % · Tuvalu 17,0 % · Vanuatu 14,4 % · Viet Nam 5,6 %

# PATIENTENORIENTIERTE FORSCHUNG FÖRDERN

## NEUE KOMMISSION VERSORGENGSFORSCHUNG UND REGISTER DER DDG

JOCHEN SEUFERT

Gerade weil in Deutschland Millionen von Menschen an Diabetes mellitus erkrankt sind, ist es wichtig, die Versorgung zu optimieren und die medizinischen Strukturen zu verbessern. Aus diesem Grund ist die Versorgungsforschung in diesem Bereich besonders gefordert. Im Gegensatz zu vielen skandinavischen Ländern besteht in Deutschland keine gesetzliche Vorgabe, Erkrankungsverläufe und deren Behandlung lückenlos zentral zu erfassen und auszuwerten. Besonders für den Diabetes mellitus in all seinen Ausprägungen wäre eine solche zentrale Erfassung sowohl aus medizinischer Sicht, aus Sicht der Versorgungsstrukturen, aber auch aus gesundheitspolitischer Sicht sehr hilfreich.



Die zweite Registerkonferenz mit dem Robert Koch-Institut (RKI)

Dies hat der Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) erkannt und mit der Neugründung einer „Kommission Versorgungsforschung und Register“ eine Offensive gestartet, die sich zunächst als Hauptprojekt der „Registerlandschaft“ in Deutschland widmen soll. Als Sprecher wurde Professor Dr. med. Jochen Seufert, Abteilungsleiter Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Freiburg, vom Vorstand ausgewählt und bei der konstituierenden Sitzung der Kommission im Februar 2016 von den Kommissionsmitgliedern bestätigt.

Zielrichtung der DDG ist hierbei, durch Harmonisierung und Synchronisierung bereits etablierter Diabetesregister primär die Registerforschung zu fördern und auszubauen. Dies aus der Erkenntnis heraus, dass adäquat erhobene Registerdaten im Bereich der Versorgungsforschung, über die Erkenntnisse aus klassischen prospektiven Studien hinaus, sehr wertvolle Informationen zur Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus liefern. Wenngleich eine Anzahl unterschiedlicher Diabetesregister in Deutschland bereits etabliert sind, so könnte eine Harmonisierung dieser Register dabei helfen, mittels wissenschaftlicher Projekte auf dem Gebiet der Versorgungsforschung die strukturellen Voraussetzungen für eine optimale

Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dies hat auch die Bundesgesundheitspolitik erkannt.

Grundlage der Entwicklung von geeigneten Maßnahmen im Rahmen einer „Nationalen Diabetesstrategie“ stellt die Etablierung und prospektive Weiterentwicklung einer indikatoren-gestützten „Nationalen Diabetes-Surveillance“ dar. Diese stützt sich gerade auf die integrierte Nutzung von verfügbaren Datenquellen unter Einbeziehung von Diabetesregisterdaten und Daten aus DMPs.

Im Zuge der Etablierung einer Diabetes-Surveillance hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Robert Koch-Institut (RKI) beauftragt, eine Diskussionsgrundlage auch unter Einbeziehung von Fachgesellschaften zu erarbeiten. Am 22. April 2015 fand deshalb, organisiert von DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, die erste „Diabetesregisterkonferenz“ in Berlin statt. Beteiligt waren neben Repräsentanten des BMG und des RKI, Repräsentanten aller Diabetesregister und Datensammlungen in Deutschland, die diese im Rahmen der Konferenz darstellten:

- DMP Nordrhein
- IMS-Health Diareg
- DIVE
- DFS-Register
- DPV
- DDZ - St. Vincent-Indikatoren
- FQSD
- GestDiab
- Typ-1-Kinder-Register BW
- Typ-1-Kinder-Register NRW
- Typ-1-Kinder-Register Sachsen
- Dialogue, DiaRegis
- EPIC / DZD / DIFE
- ICDiab

Diese Datensammlungen sind ein Schatz sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die „Diabetes-Surveillance“ der Gesundheitspolitik, der durch die Kommission Versorgungsforschung und Register im Sinne von Harmonisierung und Synchronisierung weiterentwickelt werden soll. Zur Umsetzung wurde im ersten Schritt unter Einbeziehung aller Beteiligten eine „Konferenz der Diabetesregister und Datenerhebungen in Deutschland“ gegründet, deren erstes Treffen im November 2015 im Robert Koch-Institut in Berlin stattfand. Dort wurden die grundsätzlichen Rahmenbedingungen für die Etablierung der „Diabetes-Surveillance“ des Bundesministeriums für Gesundheit unter Federführung des RKI erörtert.

Im Rahmen der Etablierung der „Diabetes-Surveillance“ des Bundesministeriums für Gesundheit wurde Professor Seufert als Vertreter der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in den wissenschaftlichen Beirat seitens des Robert Koch-Instituts berufen.

Diabetesregister und Diabetes-Surveillance als Bausteine einer nationalen Diabetesstrategie wurden von der Kommission im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2016 dargestellt.

Die konstituierende Sitzung der Kommission Versorgungsforschung und Register fand am 15. Februar 2016 in Berlin statt.

### MITGLIEDER DER KOMMISSION

- Prof. Danne, Hannover
- Prof. Holl, Ulm
- Prof. Icks, Düsseldorf
- Dr. Kaltheuner, Leverkusen
- Prof. Meisinger, München
- Prof. Neu, Tübingen
- Prof. Peters, München
- Prof. Rathmann, Düsseldorf
- Dr. Scheidt-Nave, Berlin
- Prof. Schulze, Potsdam
- Prof. Seufert, Freiburg (Sprecher)

### ALS ARBEITSZIEL DER KOMMISSION WURDE FORMULIERT

- die Aktivitäten der Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Versorgungsforschung und insbesondere der dezentralen Diabetesregister in Deutschland zu koordinieren und zu verbessern.

Die Kommission Versorgungsforschung und Register richtet auf der Diabetestagung jeweils ein Symposium aus:

- 2015: Diabetesregister in Deutschland: Aktueller Stand und Notwendigkeit
- 2016: Sozialstatus und Diabetesoutcomes – Ein relevanter Zusammenhang?

Als Hauptprojekt der Kommission wurde auf der konstituierenden Sitzung beschlossen, einen Antrag im Innovationsfond zu stellen. Als Thema wurde gewählt: Prädiktoren für Multimorbidität bei Diabetes mellitus in höherem Lebensalter.

Der Autor ist der Sprecher der Kommission Versorgungsforschung und Register der DDG

# NEUES AUS DER DIABETESWELT



## **Der Klassiker Metformin.** Jetzt auch für Patienten mit Nierenschwäche

Metformin ist eines der wichtigsten Medikamente zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Das Mittel zur Senkung des Blutzuckers kann jetzt auch bei Patienten mit mäßiger Nierenfunktionsstörung eingesetzt werden. Da Metformin über die Niere ausgeschieden wird, ist eine Nierenfunktionsstörung ein wichtiger Risikofaktor für die Laktatazidose (Blutübersäuerung). Daher war der Einsatz von Metformin bisher schon bei einem mäßigen Rückgang der Nierenleistung untersagt. Neuere Studien zeigen nun, dass diese Einschätzung offenbar nicht zu halten ist.

Allerdings rät die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) behandelnden Ärzten vor allem bei älteren Patienten zur Vorsicht. So sollte bei mäßiger Nierenfunktionseinschränkung eine Metformin-Tagesdosis von 1.000 Milligramm nicht überschritten und die Nierenfunktion regelmäßig überwacht werden. Sonst könnte das Risiko für eine Laktatazidose steigen. (s. auch: Stellungnahme des Ausschusses Pharmakotherapie, März 2015)



## **Empagliflozin überzeugt.** Blutzucker über die Nieren ausscheiden

Der 2014 zugelassene Wirkstoff Empagliflozin aus der neuen Wirkstoffklasse der SGLT2-Hemmer zeigte in der EMPA-REG-OUTCOME-Studie nicht nur Sicherheit, sondern senkte sogar die relative Rate an Herz-Kreislauf-Tod um 38 Prozent und auch die Gesamtsterblichkeit um 32 Prozent bei Patienten mit Typ-2-Diabetes sowie bereits bestehender kardiovaskulärer Erkrankung. Die Schutzwirkung tritt bereits nach wenigen Monaten Therapie auf. Der Pharmakotherapie-Ausschuss der DDG hält die Daten der EMPA-REG-OUTCOME-Studie für überzeugend. Besonders zu betonen ist, dass die Risikosenkung in einer Studienpopulation beobachtet wurde, die bereits optimal mit lipid- und blutdrucksenkenden Substanzen behandelt wurde. Die Studie begründet die Indikation zur Behandlung mit Empagliflozin bei Patienten mit bereits bestehender kardiovaskulärer Erkrankung und länger bestehendem Typ-2-Diabetes. (s. auch: Stellungnahme des Ausschusses Pharmakotherapie, Oktober 2015)



## **Closed-Loop-System für Typ-1-Diabetiker.** Ein fast normales Leben

Die etwa 300.000 Menschen mit Typ-1-Diabetes in Deutschland müssen lebenslang mehrmals täglich ihren Blutzucker messen und ihre Insulintherapie an die Werte anpassen. Mit einer Art künstlichen Bauchspeicheldrüse kann ihr Alltag entlastet werden. Das Closed-Loop-System (ein geschlossenes, sich selbst steuerndes Regelkreissystem) verbindet ein Zuckermessgerät mit einer Insulinpumpe. Anhand der gemessenen Werte errechnet das Steuerungsprogramm, wie viel Insulin die Pumpe ins Blut abgeben muss. Mithilfe des Closed-Loop-Systems kann die Häufigkeit von Unterzuckerungen gesenkt werden. Noch ist keine Marktreife erreicht, aber die Experten sind zuversichtlich, dass die „künstliche Bauspeicheldrüse“ bald auch außerhalb von Studien eingesetzt werden kann.



## **Flash Glucose Monitoring.** Zuckermessung ohne Finger-Piks

Flash Glucose Monitoring (FGM) ist eine neuartige Methode, um den Glukosespiegel zu messen. Dabei erhalten die Diabetespatienten wesentlich umfassendere Informationen über ihren interstitiellen Glukoseverlauf über 24 Stunden hinweg. Derzeit ist ein FGM-System (FreeStyle Libre) auf dem Markt. Das System misst Glukoseänderungen in der interstitiellen Flüssigkeit und nicht im Blut. Über einen am Oberarm unter die Haut gesetzten Sensor misst und speichert das System permanent Daten. Mit einem Lesegerät wird der Sensor gescannt und zeigt den aktuellen Glukosewert, den Verlauf der zurückliegenden acht Stunden und einen Trendpfeil, der zeigt, wie sich der Glukosewert verändern wird. Die DDG und ihre Arbeitsgemeinschaft für Diabetologische Technologie (AGDT) bewertet es als positiv, dass eine neue Option zum Glukosemonitoring verfügbar ist. Das Thema Messgenauigkeit muss in weiteren Studien untersucht werden. Wichtig sei jedoch, dass die Patienten im Umgang mit dem System geschult werden. (s. auch: AGDT-Stellungnahme, Januar 2016)



## **Pumpentherapie mit Insulinstop.** SUP schützt bei Typ-1-Diabetes vor Unterzuckerungen

Von den etwa sechs Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland tragen etwa 40.000 eine Insulinpumpe, darunter auch über 5.000 Kinder und Jugendliche. Die Pumpe macht die Erkrankung unauffälliger und erhöht die Lebensqualität. Die speziell programmierte Insulinpumpe wird durch Sensoren kontrolliert, die den Zucker im Körper des Patienten fortlaufend messen. Fällt der Glukosespiegel unter einen bestimmten Wert, stoppt die Insulinzufuhr für zwei Stunden. Sensorerweiterte Insulinpumpentherapie (SUP) mit automatisiertem Insulinstop bei niedrigen Glukosewerten hat das Potential, die Inzidenz schwerer hypoglykämischer Ereignisse zu verringern. Allerdings setzt die Pumpentherapie eine hohe Therapietreue voraus und der Umgang mit dem Gerät muss gelernt sein.



## **PCOS erhöht Diabetesrisiko.** Männliche Geschlechtshormone steigern Insulinausschüttung

Das Polyzystische Ovarsyndrom (PCOS) ist eine der häufigsten Hormonerkrankungen bei Frauen. Neben Zysten in den Eierstöcken und chronischen Zyklusstörungen ist das PCOS auch mit einem Anstieg männlicher Geschlechtshormone verbunden. Fünf bis zehn Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter leiden an einem PCOS. Das PCOS ist auch eine der wichtigsten Ursachen von Unfruchtbarkeit. Zudem haben Frauen mit PCOS ein erhöhtes Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken. Die Ursachen dafür sind noch nicht endgültig geklärt. Eine Vermutung ist, dass die vermehrte Produktion männlicher Geschlechtshormone zu einer vermehrten Insulinausschüttung und zu einer Insulinresistenz der Zellen beiträgt. Das Insulin senkt aber nicht nur den Blutzucker, es regt auch die Produktion männlicher Geschlechtshormone an – ein Teufelskreis.

# diabetesDE – DEUTSCHE DIABETES-HILFE

## DIABETES – DIE TICKENDE ZEITBOMBE FÜR DAS GESUNDHEITSSYSTEM

NICOLE MATTIG-FABIAN

6,7 Millionen Menschen mit Diabetes gibt es in Deutschland: eine erschreckende Zahl, die aufhorchen lässt. Diabetes, jahrzehntelang verharmlost und unterbewertet, ist in Wahrheit nicht nur ein stiller Killer, sondern gleichzeitig durch die verheerenden Folgeerkrankungen eine tickende Zeitbombe für das Gesundheitssystem: Unter anderem 40.000 diabetesbedingte Amputationen, 2.000 Neuerblindungen und 2.300 neue Dialysepatienten pro Jahr lassen allein durch Folgeerkrankungen direkte Kosten von 21 Milliarden Euro entstehen, das sind rund 11 Prozent der KV-Ausgaben. Diese Fakten lassen endlich auch die Politik aufhorchen.



Thomas Danne, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE, und DDG-Präsident Baptist Gallwitz beim CDU/CSU-Fraktionskongress im November 2015

Als der Vorstandsvorsitzende von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Prof. Dr. Thomas Danne, auf dem Fraktionskongress der CDU/CSU zu „Diabetes & Ernährung“ im November 2015 auf dem Podium die Kosten der Folgeerkrankungen nannte, zuckte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe deutlich zusammen. Einen Tag später verwies der Minister dann auch in der Haushaltsdebatte des Bundestages auf die „milliardenschweren Behandlungskosten“. Daher sei es richtig, neben den Maßnahmen des Präventionsgesetzes zur Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen erstmalig drei Millionen Euro zur Bekämpfung des Diabetes mellitus einzustellen. Nun, drei Millionen Euro werden sicher nicht reichen, um den Missstand aufzuarbeiten, aber sie sind ein deutliches Zeichen.

Die gemeinnützige und unabhängige diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe kämpft gemeinsam mit ihren Mitglieds-

organisationen DDG, VDBD und DDH-M seit Jahren für die Umsetzung eines nationalen Diabetesplans mit fünf konkreten Handlungsfeldern, um die epidemische Ausbreitung der Krankheit zu stoppen. 18 von 28 europäischen Ländern haben einen solchen Plan, Deutschland noch nicht. Die Bundesregierung diskutiert zurzeit eine nationale Diabetesstrategie mit Diabetesplänen auf Landesebene und hat erste Maßnahmen in die Wege geleitet.

### DATEN FÜR TATEN

Am Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin wird 2016 eine nationale Diabetes-Surveillance (indikatorgestütztes periodisches Berichtswesen) eingerichtet. DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe wurden von Beginn an in den Aufbau involviert und begrüßen die Entwicklung, verweisen aber darauf, dass allein die Einrichtung eines nationalen Überwachungssystems noch keine Verbesserung der Versorgungslage



Stefanie Gerlach, Thomas Danne, Staatssekretär Lutz Stroppe und Nicole Mattig-Fabian

und der Präventionsmaßnahmen impliziert. Es fehlt nach wie vor die Formulierung konkreter Maßnahmen einer nationalen Diabetesstrategie. Das Diabetesüberwachungssystem kann aber eine verlässliche datengestützte Entscheidungsgrundlage für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen liefern.

### LANGER ATEM GEFRAGT

Gesundheitspolitik ist ein Handlungsfeld, das den Akteuren einen langen Atem abverlangt – zudem Kontinuität in der politischen Ansprache. Die Referatsleiter der Ministerien, die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Politiker, die Parlamentarier und die Staatssekretäre benötigen Vertrauen in die Lobbyarbeit der Organisationen. Mit immer neuen Fakten muss das Gespräch mit der Politik gesucht werden. Dabei gibt es unterschiedliche Maßnahmen der Politikberatung: Einzelgespräche mit Politikern und Staatssekretären, parlamentarische Frühstücke oder politische Abendveranstaltungen. Wichtig ist, dass immer dieselben handelnden Personen die Forderungen vortragen und mit einer einheitlichen Stimme die Interessen der Ärzte, Wissenschaftler, der Diabetesberater und der Menschen mit Diabetes vertreten.

### ÖFFENTLICHKEITSARBEIT ALS FLANKIERENDE MAßNAHME

Um Handlungsdruck auf die Politik auszuüben, ist es unabdingbar, den Druck über die Medien permanent zu verstärken: Diabetes muss Gesellschaftsthema werden. Es reicht heute nicht mehr aus, wenn die Öffentlichkeitsarbeit einer

Organisation aus dem Versenden von Pressemeldungen und einer Pressekonferenz besteht. Im Zeitalter von digitalen Medien und Social Media müssen immer neue, immer diversifizierte Themen über unterschiedlichste Kanäle lanciert werden, um die Massen zu orchestrieren. Und es erfordert Mut, neue und ungewöhnliche Wege der Öffentlichkeitsarbeit zu gehen, um in dem täglichen Kommunikationseinhieb aufzufallen.

### FUSSBALL NUTZEN, FORDERUNGEN PLATZIEREN

2015 hat diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe diesen Mut auf eindrucksvolle Weise unter Beweis gestellt: Es wurde kurzerhand die Fußballmannschaft FC Diabetologie aus Ärzten, Beratern und Betroffenen gegründet, die regelmäßig gegen Politikermansschaften auf Bundes- und Landesebene antritt. In der dem Spiel folgenden „3. Halbzeit“ wird dann in Podiumsdiskussionen und Einzelgesprächen das Thema „Diabetes als politisches Handlungsfeld“ platziert. Unterstützung erhält die Mannschaft nicht nur durch Star-Trainer Christoph Daum, sondern auch durch prominente Mitspieler, wie den ARD-Sportschau-Moderator Gerhard Delling oder die beiden Ex-Schalke-Profis Ingo Anderbrügge und Martin Max. Die Medienaufmerksamkeit ist bei einer derartigen Menage à trois (Politiker, Prominente, Fußballer) natürlich riesengroß. Und wenn Medien da sind, sind Politiker nicht fern. So erklärt sich, dass gleich 30 (!!!) Bundestagsabgeordnete im Sommer gegen den FC Diabetologie antraten...

### AUSBLICK 2016

Die gesundheitspolitische Kampagne „Diabetes STOPPEN – jetzt!“ wird auch 2016 fortgesetzt, im Fokus werden das Thema „Dunkelziffer und Früherkennung“ stehen sowie die Neudiagnostizierten, potentielle neue Mitglieder für die Selbsthilfe. Und natürlich wird weiter Fußball gegen Politiker gespielt: im April gegen den FC Landtag Sachsen, Ende Mai das Rückspiel gegen den FC Bundestag und im November dann das Spiel gegen den FC Landtag Bayern. Christoph Daum beschrieb es gegenüber der Politik so: „Der Ball Diabetes liegt jetzt auf dem Elfmeterpunkt, wir müssen ihn nur noch reinmachen.“

Die Autorin ist Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe



FC Diabetologie vereint mit dem FC Bundestag

## BILANZ

AKTIVSEITE	31.12.2015 EUR	31.12.2014 EUR
<b>A. Anlagevermögen</b>		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	3,00	6.001,00
II. Sachanlagen		
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	25.386,52	22.747,47
III. Finanzanlagen		
Wertpapiere des Anlagevermögens	2.872.380,00	2.629.017,50
	2.897.769,52	2.657.765,97
<b>B. Umlaufvermögen</b>		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	45.500,00	179.985,00
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
2. Sonstige Vermögensgegenstände	50.916,87	44.529,63
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
	96.416,87	224.514,63
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	221.503,48	458.547,37
<b>C. Rechnungsabgrenzungsposten</b>	173.910,00	141.680,00
<b>Summe</b>	<b>3.389.599,87</b>	<b>3.482.507,97</b>

PASSIVSEITE	31.12.2015 EUR	31.12.2014 EUR
<b>A. Eigenkapital</b>		
I. Ergebnisrücklagen	2.624.308,76	2.624.308,76
II. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	58.725,49	40.018,45
III. Einstellung in Rücklagen	0,00	-40.018,45
	2.683.034,25	2.624.308,76
<b>B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens</b>	0,50	0,50
<b>C. Rückstellungen</b>		
1. Steuerrückstellungen	0,00	0,00
2. Sonstige Rückstellungen	248.429,00	187.065,00
	248.429,00	187.065,00
<b>D. Verbindlichkeiten</b>		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	126.105,55	66.316,20
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 66.316,20 EUR (Vorjahr 58.831,17 EUR)		
2. Sonstige Verbindlichkeiten	10.140,57	9.320,01
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 9.320,01 EUR (Vorjahr 7.238,93 EUR)		
	136.246,12	75.636,21
<b>E. Rechnungsabgrenzungsposten</b>	321.890,00	595.497,50
<b>Summe</b>	<b>3.389.599,87</b>	<b>3.482.507,97</b>

## GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

	2015 EUR	2014 EUR
<b>1. Umsatzerlöse</b>	2.239.720,06	2.245.546,27
<b>2. Sonstige betriebliche Erträge</b>	715.959,64	761.732,60
	2.955.679,70	3.007.278,87
<b>3. Materialaufwand</b>		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren	4.495,15	5.197,36
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	775.516,11	884.055,81
	780.011,26	889.253,17
<b>4. Personalaufwand</b>		
a) Löhne und Gehälter	551.051,68	477.731,36
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	94.810,21	82.367,11
davon für Altersversorgung 9.999,96 EUR (Vorjahr 9.999,96 EUR)		
	645.861,89	560.098,47
<b>Zwischenergebnis</b>	<b>1.529.806,55</b>	<b>1.557.927,23</b>
<b>5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen</b>		
a) Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens	5.992,50	9.259,62
a) Abschreibungen auf Sachanlagen	10.295,44	30.315,44
	16.287,94	39.575,06
<b>6. Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>	1.507.352,71	1.550.403,80
<b>Zwischenergebnis</b>	<b>6.165,90</b>	<b>-32.051,63</b>
<b>7. Erträge aus anderen Wertpapieren und Ausleihungen des Finanzanlagevermögens</b>	0,00	5.850,00
<b>8. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge</b>	68.218,65	79.427,90
<b>9. Abschreibungen auf Finanzanlagen</b>	14.527,50	2.010,00
<b>10. Zinsen und ähnliche Aufwendungen</b>	0,00	2.393,04
<b>11. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit</b>	<b>59.857,05</b>	<b>48.823,23</b>
<b>12. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag</b>	1.131,56	8.804,78
<b>13. Jahresüberschuss/-fehlbetrag</b>	<b>58.725,49</b>	<b>40.018,45</b>
<b>14. Einstellung in die Ergebnisrücklage</b>	0,00	-40.018,45
<b>15. Bilanzergebnis</b>	<b>58.725,49</b>	<b>0,00</b>

## EINNAHMEN / AUSGABEN

	2015 EUR	2014 EUR	Veränderung EUR	%
<b>EINNAHMEN</b>				
<b>1. Einnahmen</b>				
1.1 Mitgliedsbeiträge	936.206,68	942.085,50	- 5.878,82	0,6
1.2 Kursgebühr Fortbildung Diabetologie DDG	284.500,00	350.820,00	- 66.320,00	18,9
1.3 Kursgebühren Weiterbildung Diabetesberater DDG	719.470,03	645.507,50	+ 73.962,53	11,5
1.4 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG Fuß	12.585,24	13.594,14	- 1.008,90	7,4
1.5 Zertifizierung Behandlungseinrichtungen	106.250,00	116.450,00	- 10.200,00	8,8
1.6 Zertifizierung Klinik für Patienten Nebendiagnose	13.000,00	15.900,00	- 2.900,00	18,2
1.7 Erlöse Provisionen Zeitschriften	56.579,96	56.362,94	+ 217,02	0,4
1.8 Spenden und Sponsoring (Preis, Projektf., Sonstiges)	131.970,99	107.159,86	+ 24.811,13	23,2
1.9 Frühjahrstagung	475.000,00	475.000,00	+ 0,00	0,0
1.10 Herbsttagung	130.000,00	116.800,00	+ 13.200,00	11,3
1.11 Sonstige Einnahmen (Zinsen, etc.)	117.790,42	141.715,83	- 23.925,41	16,9
<b>Einnahmen gesamt</b>	<b>2.983.353,32</b>	<b>2.981.395,77</b>	<b>+ 1.957,55</b>	<b>0,1</b>
<b>AUSGABEN</b>				
<b>2. Wissenschaftsförderung und Leitlinien</b>				
2.1 Preise und Projektförderung	384.750,00	392.080,00	- 7.330,00	1,9
2.2 Wissenschaftliche Zeitschriften	85.083,05	83.513,10	+ 1.569,95	1,9
2.3 Leitlinien	7.045,14	17.667,41	- 10.622,27	60,1
2.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u. a.	23.125,00	22.142,00	+ 983,00	4,4
2.5 Gremienarbeit und Veranstaltungen	73.350,05	71.629,47	+ 1.720,58	2,4
2.6 Projekte	56.229,96	0,00	+ 56.229,96	-
<b>Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien</b>	<b>629.583,20</b>	<b>587.031,98</b>	<b>+ 42.551,22</b>	<b>7,2</b>
<b>3. Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung</b>				
3.1 Fortbildung Diabetologie DDG	214.967,12	230.390,45	- 15.423,33	6,7
3.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG	562.470,00	612.180,00	- 49.710,00	8,1
3.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung	15.346,00	12.061,00	+ 3.285,00	27,2
3.4 Gebühren Zertifizierung Nebendiagnose	13.243,26	13.052,87	+ 190,39	1,5
<b>Summe Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung</b>	<b>806.026,38</b>	<b>867.684,32</b>	<b>- 61.657,94</b>	<b>7,1</b>
<b>4. Kommunikation und Mitgliederbetreuung</b>				
4.1 Medienarbeit / Internet	113.981,30	209.198,02	- 95.216,72	45,5
4.2 Mitgliederbetreuung	43.136,81	50.641,60	- 7.504,79	14,8
<b>Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung</b>	<b>157.118,11</b>	<b>259.839,62</b>	<b>- 102.721,51</b>	<b>39,5</b>
<b>5. Unterstützung diabetesDE e. V.</b>	425.000,00	425.000,00	0,00	0,0
<b>6. Personalkosten</b>				
6.1 Gehälter	460.462,52	401.559,78	+ 58.902,74	14,7
6.2 Personalnebenkosten	80.725,08	73.522,15	+ 7.202,93	9,8
6.3 Sonstiges	74.540,03	57.221,03	+ 17.319,00	30,3
<b>Summe Personalkosten</b>	<b>615.727,63</b>	<b>532.302,96</b>	<b>+ 83.424,67</b>	<b>15,7</b>
<b>7. Verwaltung</b>				
7.1 Büromiete und Nebenkosten	39.977,42	38.865,50	+ 1.111,92	2,9
7.2 Büroausstattung und -material	17.595,52	15.919,42	+ 1.676,10	10,5
7.3 Telefon / Telefonkonferenzen	5.179,69	4.017,38	+ 1.162,31	28,9
7.4 Laufende EDV-Kosten	61.674,45	39.650,32	+ 22.024,13	55,5
7.5 Reisekosten / Bewirtung	25.873,39	28.767,29	- 2.893,90	10,1
7.6 Beratung	25.917,30	41.762,87	- 15.845,57	37,9
7.7 Sonstiges	98.666,80	45.585,88	+ 53.080,92	-
<b>Summe Verwaltung</b>	<b>274.884,57</b>	<b>214.568,66</b>	<b>+ 60.315,91</b>	<b>28,1</b>
<b>8. Investitionen</b>				
8.1 Betriebs- und Geschäftsausstattung	13.039,99	13.222,73	- 182,74	1,4
<b>Summe Investitionen</b>	<b>13.039,99</b>	<b>13.222,73</b>	<b>- 182,74</b>	<b>1,4</b>
<b>Ausgaben gesamt</b>	<b>2.921.379,88</b>	<b>2.899.650,27</b>	<b>+ 21.729,61</b>	<b>0,7</b>
<b>Überschuss</b>	<b>61.973,44</b>	<b>81.745,50</b>	<b>- 19.772,06</b>	<b>24,2</b>
Wesentliche zahlungsunwirksame Vorgänge	- 3.247,95	- 41.727,05	+ 38.479,10	92,2
<b>Ergebnis der Gewinn- und Verlustrechnung</b>	<b>+ 58.725,49</b>	<b>+ 40.018,45</b>	<b>+ 18.707,04</b>	<b>46,7</b>

## 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.

Als Ergebnis unserer Prüfung fassen wir folgende Kernaussagen zum Geschäftsverlauf und zur Lage der Gesellschaft zusammen:

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 59 TEUR (Vorjahr 40 TEUR) ab. Es sind liquide Mittel in Höhe eines Jahresbudgets vorhanden.

Die Ausgaben für Wissenschaftsförderung und Leitlinien haben sich um 43 TEUR auf 630 TEUR (Vorjahr: 587 TEUR) erhöht. Der Anstieg ergibt sich im Wesentlichen aus dem im Berichtsjahr begonnenen Projekt zur besseren Abbildung diabetologischer Leistungen im Krankenhausabrechnungssystem – Diagnosis Related Groups (DRGs).

Die Ausgaben für Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung verzeichnen im Berichtsjahr einen Rückgang, weil insbesondere die Teilnehmerzahlen an den Weiterbildungen von Assistenzpersonal je Kurs geringer waren. Bei den ärztlichen Fortbildungen im Bereich der Klinischen Diabetologie wurden nur 2 Kurse, im Vergleich zu 3 Kursen des Vorjahres, durchgeführt.

Die Kosten für Medienarbeit und Internet verringerten sich im Berichtsjahr um 95 TEUR. Im Vorjahr war ein Anstieg aufgrund einer verstärkten Medienarbeit und Aufwendungen zur Festschrift zum 50-jährigen Bestehen der Gesellschaft zu verzeichnen.

Im Bereich der Verwaltung sind die Ausgaben um 60 TEUR auf 275 TEUR im Vergleich zum Vorjahreswert gestiegen. Dies begründet sich im Wesentlichen durch Rückstellungen für noch ausstehende Rechnungen.

Die Investitionen des Berichtsjahres belaufen sich auf 13 TEUR. Diese beinhalten überwiegend Erneuerungen der Hardware des EDV-Systems sowie der Telefonanlage.

Die Gesamteinnahmen in Höhe von insgesamt 2.983 TEUR belaufen sich annähernd auf Vorjahresniveau (2.981 TEUR). Die Erlöse aus der Frühjahrstagung blieben im Vergleich zum Vorjahr mit 475 TEUR unverändert. Der Rückgang der Erträge um 66 TEUR aus der Fortbildung zum Diabetologen DDG auf 284 TEUR (Vorjahr 350 TEUR) resultiert aus der geringeren Anzahl an Kursen. Die positive Entwicklung der Erlöse im Bereich der Assistenzberufe wurde trotz niedrigerer Teilnehmerzahlen durch die erhöhten Einnahmen an Kursgebühren je Teilnehmer geprägt.

### BESTÄTIGUNGSVERMERK DES ABSCHLUSSPRÜFERS

**An die Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V., Berlin**  
Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung – unter Einbeziehung der Buchführung der Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2015 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 abzugeben.

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, 19. Februar 2016

**Solidaris**

Solidaris Revisions-GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Steuerberatungsgesellschaft  
Zweigniederlassung Berlin



  
Ulrich Karl  
Wirtschaftsprüfer

  
Joris Peiz  
Wirtschaftsprüfer

## VORSTAND



Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz  
Präsident



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Vizepräsident und Pressesprecher



PD Dr. med. Erhard Siegel  
Past Präsident



Prof. Dr. med. Andreas Neu  
Schatzmeister



Prof. Dr. Annette Schürmann  
Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Palitzsch  
Vorstandsmitglied



Prof. Dr. med. Andreas Hamann  
Tagungspräsident 2016



Prof. Dr. med. Stephan Matthaei  
1957 – 2016



Stephan A. Schreiber  
Vorstandsmitglied

## DDG BUNDESGESCHÄFTSSTELLE



Dr. Dietrich Garlich  
Geschäftsführer



Katrin Bindeballe  
Marketing und PR



Barbara Bitzer  
Gesundheitspolitik, Zertifizierung



Michael Chudy  
Gesundheitspolitik, Weiterbildung



Klaus-Dieter Jannasch  
Zertifizierung



Rebekka M'Baidanou  
Kongressassistentin



Susa Schmidt-Kubeneck  
Weiterbildung Assistenzberufe;  
Fußbehandlungseinrichtungen



Tatjana Schwarz  
Mitgliederbetreuung



Michael Stoye  
Finanzbuchhaltung und Verträge



Martina Wallmeier  
Weiterbildung Diabetologe;  
Assistentin des Geschäftsführers

## AUSSCHÜSSE UND KOMMISSIONEN



Rechtsanwalt Oliver Ebert  
Vorsitzender Ausschuss Soziales



Priv. Doz. 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 Qualitätssiche-  
rung, Schulung und Weiterbildung



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



Dr. med. Alexander Risse  
Vorsitzender Kommission zur Einbindung  
der Apotheker in die Diabetikerversorgung



Prof. Dr. med. Andreas Hamann  
Vorsitzender Kommission Kongresse



Prof. Dr. med. Jochen Seufert  
Vorsitzender Kommission Versorgungs-  
forschung und Register



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



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



Prof. Dr. Lutz Heinemann  
Vorsitzender Kommission Labor-  
diagnostik in der Diabetologie

## ARBEITSGEMEINSCHAFTEN



Priv. Doz. Dr. med. Michael Hummel  
Sprecher Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes und Schwangerschaft



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



Prof. Dr. phil. 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



Priv. Doz. Dr. med. Ulrike Rothe  
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft  
Epidemiologie



Dr. med. Ralph Ziegler  
Sprecher Arbeitsgemeinschaft  
Pädiatrische Diabetologie



Priv. Doz. 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



Priv. Doz. Dr. med. Anke Bahrmann  
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes und Geriatrie



Prof. Dr. med. Thomas Kubiak  
Sprecher 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. Lutz Heinemann  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft  
Diabetologische Technologie



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

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

## REGIONALGESELLSCHAFTEN



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



Dr. med. Arthur Grünerbel  
Vorsitzender Fachkommission Diabetes  
in Bayern (FKDB) e.V.



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



Prof. Dr. med. Martin Merkel  
Vorsitzender 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



PD Dr. med. Rainer Lundershausen  
Vorsitzender Thüringer Gesellschaft für  
Diabetes und Stoffwechselkrankheiten  
e.V. und Sprecher der Regionalgesell-  
schaften



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann  
Sprecher der Regionalgesellschaften



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



Dr. med. Dagobert Wiemann  
Vorsitzender Diabetesgesellschaft  
Sachsen-Anhalt e.V.

### IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Autoren: Anne-Katrin Döbler, Dagmar Arnold, Julia Hommrich, Angelika Friedel, Bettina Rackow-Freitag  
Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft  
Projektkoordination in der DDG Geschäftsstelle: Katrin Bindeballe  
Fotos/Illustrationen: DDG und privat, Thieme Verlagsgesellschaft, Armin Weigel/dpa (Titelfoto), Fotolia/Alexander Raths, Fotolia/Wladimir Bulgar (S. 15), gettyimages/Olivier Morin (S. 21), alspressoVerlag (S. 26), istockphoto/Pogonici (S. 36), istockphoto/Jan-Otto (S. 36), Fotolia/Sophia Winters (S. 36), Abbott Diabetes Care (S. 37), Fotolia /click\_and\_photo (S. 37), Fotolia/bluedesign (S. 37), Dirk Michael Deckbar (S. 2, 9, 24, 25, 26, 44), Gerhard Kassner (S. 7, 24, 25)  
Gestaltung & Satz: Susanne Appelhans, Liane Haug. www.heychange.de  
Die für die Berufsbezeichnungen verwendete männliche oder 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.