

Abwehr gegen „Neues“ ist weit verbreitet. Beim Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen sind Euphorie und Skepsis gleichermaßen zu beobachten. Wird die Digitalisierung die Versorgung verbessern, welche Gefahren kommen auf uns zu?

Ob elektronische Gesundheitskarte, telemedizinische Beratung von Patienten oder Austausch unter Ärzten – die digitale Vernetzung wird Diagnose, Therapie und das Verhältnis von Patient und Arzt verändern. Für Diabetespatienten ergeben sich große Chancen: Diabetes ist eine Erkrankung, die ein hohes Maß an Selbstmanagement erfordert und viele Daten produziert. Denkbar ist eine medizinische Versorgung der Zukunft, bei der Patienten unabhängig von Zeit und Ort medizinischen Rat einholen können, die Behandelnden sofort alle relevanten Fakten und Daten zur Verfügung haben, um dann im Gespräch (ob via Bildschirm, telefonisch oder schriftlich) mit dem Patienten zu den richtigen Antworten zu kommen.

Zahlreiche Fragen sind noch offen. Welche Instrumente sind für eine Qualitätssicherung im digitalen Gesundheitswesen geeignet? Wie gewährleistet man langfristig die Sicherheit der Daten?

Ein Gesundheitswesen 4.0 funktioniert nur durch die Vernetzung von Daten. Dafür braucht es aber neben einer Telematik-Infrastruktur – also sicheren Datenautobahnen für Gesundheitsdaten – eine klare Strategie. Entscheidend ist es, dass wir an dieser Strategie mitwirken, um die Erfahrungen der Behandler und die der Patienten einfließen zu lassen (s. Seite 18/19).

GESCHÄFTSBERICHT 2016



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

www.ddg.info

DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft

THEMEN 2016

INHALT

3
Editorial

4
DDG 2016:
auf einen Blick



6
Kommunizieren, Koordinieren,
Weiterbilden und Zertifizieren

10
Öffentliche Wahrnehmung
schärfen

14
Profis für professionelle
Behandlung

16
Gesunde Ernährung ist
eine Gerechtigkeitsfrage

18
Digitalisierung
im Gesundheitswesen

20
Kein Bock auf Diabetes!

22
Diabetes-Pflegefachkräfte
verbessern Versorgungsqualität

24
Die DDG: eine politische
Fachgesellschaft?

26
Vom Leben im Schlaraffenland

28
Ehrungen und Preise 2016

32
10 strategische Handlungsfelder

34
Auf Wiedersehen und Willkommen

36
Diabetes – weltweite Pandemie



38
Das DDG Jahr in Bildern

42
„Leistung muss sich lohnen“ –
das DRG-System modifizieren

44
Neues aus
der Diabeteswelt



46
diabetesDE –
Deutsche Diabetes-Hilfe

48
Geschäftszahlen

52
Vorstand und
DDG Bundesgeschäftsstelle

53
Ausschüsse und Kommissionen

54
Arbeitsgemeinschaften

55
Regionalgesellschaften

55
Impressum

Liebe Leserinnen und Leser,

das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hohe Versorgungsqualität. Doch diese Qualität und das Wohl der Patienten sind bedroht, wenn ärztliche Therapieentscheidungen zunehmend von betriebswirtschaftlichen Überlegungen geleitet werden.

Ärztliches Personal in Kliniken steht vermehrt unter Druck, den Patienten vor allem die gut vergüteten Behandlungen ange-deihen zu lassen. Patienten und ihre Behandlungen werden auf Fallzahlen reduziert, die es alljährlich zu steigern gilt. Dies hängt auch mit dem Vergütungssystem, den Diagnosis Related Groups (DRGs) zusammen. Es belohnt vor allem technische Leistungen wie chirurgische und interventionelle Eingriffe. Ein ausführliches „Arzt-Patienten-Gespräch“ und damit die persönliche Hinwendung zum Patienten wird dagegen kaum honoriert, obwohl diese – besonders beim Diabetes – so wichtig für den Behandlungserfolg ist. Erschwerend kommt hinzu, dass die finanziellen Fehlanreize auch das Arzt-Patienten-Verhältnis beeinträchtigen.

Durch den ökonomischen Wettbewerb sind insbesondere die Abteilungen bedroht, die einen hohen Anteil an sprechender Medizin aufweisen und damit als unrentabel gelten. Im vergangenen Jahr wurden bundesweit große internistische, diabetologische und endokrinologische Abteilungen geschlossen. Diese Entwicklung birgt nicht nur Gefahren für die Patienten, sie führt auch zum Verlust dringend benötigter Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für den medizinischen Nachwuchs.

Verstärkt wird die Ökonomisierung der Medizin oftmals dadurch, dass fachfremde Manager die Geschäftsführungen in Kliniken dominieren und patientenorientierte Konzepte der ärztlichen Leitung nicht zum Tragen kommen.

Diese Entwicklung beobachten wir mit Sorge. Darum haben wir unseren Parlamentarischen Jahresempfang dem Thema gewidmet und mit Abgeordneten des Bundestages und anderen Experten darüber diskutiert. Diesen Dialog werden wir fortsetzen.



Gleichzeitig arbeiten wir intensiv in unserem DRG-Projekt daran, der sprechenden Medizin den angemessenen Stellenwert im Vergütungssystem zu schaffen. Wir sind überzeugt, dass die medizinische Versorgung von Patienten nicht vom betriebswirtschaftlichen Gewinnstreben geleitet sein darf, sondern von medizinischer Notwendigkeit und humanen Werten, die genügend Raum lassen für Zuwendung und Vertrauen.

Zusammen mit anderen Fachgesellschaften hat sich die DDG hierzu klar positioniert und fordert, dass Regeln des ökonomischen Wettbewerbs zu keinem Zeitpunkt das medizinische Handeln dominieren dürfen. Ohne Frage, Kliniken und Praxen müssen auch wirtschaftlich betrachtet werden, aber der Blick

auf die Bilanzen darf nicht die ärztliche Entscheidung in Diagnostik und Therapie beherrschen.

Die DDG hat sich in den vergangenen Monaten intensiv Gedanken zur Zukunft der Diabetologie gemacht: Zusammengefasst in dem Positionspapier „Diabetologie 2025“ hat sie zehn strategische Handlungsfelder definiert,

Die medizinische Versorgung von Patienten darf nicht von wirtschaftlichem Gewinnstreben geleitet sein, sondern davon, was medizinisch notwendig ist und Raum lässt für eine von Zuwendung und Vertrauen geprägte Behandlung.

die von Versorgungsstrukturen, Zertifizierung, Nachwuchsgewinnung bis zur Digitalisierung in der Medizin reichen und in dem für jedes Feld konkrete politische Forderungen formuliert werden. Nehmen wir die Herausforderungen an – und arbeiten wir gemeinsam für eine zukunftsfähige Diabetologie und sprechende Medizin.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre unseres Geschäftsberichts.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre

Baptist Gallwitz

Prof. Dr. Baptist Gallwitz
Präsident

Dietrich Garlich

Dr. Dietrich Garlich
Geschäftsführer

DDG 2016: AUF EINEN BLICK

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) gehört mit über 9.000 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 sind eine flächendeckend wirksame Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der Millionen von Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch zahlreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

6.039

Fachleute
besuchen den
Diabetes Kongress.

3.763

Fachleute
besuchen die
Diabetes Herbsttagung.

Die DDG vergab insgesamt

220

Reisestipendien

zum Diabetes Kongress,
zur Diabetes Herbsttagung
und zum EASD an
junge Nachwuchskräfte.



2.646
Facebook-Fans

Ø 1.093
Nutzer pro Post

76

„Fußbehandlungseinrichtungen DDG“
Davon **22** Erstanträge.
Insgesamt sind es **314**.

116

Einrichtungen
erhalten die Anerkennung als

**„Zertifiziertes
Diabeteszentrum DDG“**

Davon **29** Erstanträge.
Insgesamt sind es **385**.

45

Einrichtungen
erhalten die Anerkennung als

**„Diabetologikum DDG
mit diabetesspezifischem
Qualitätsmanagement“**

Davon **3** Erstanträge.
Insgesamt sind es **104**.

27

Einrichtungen
erhalten das neue Zertifikat

**„Klinik für Diabetes-
patienten geeignet“**
für die Nebendiagnose Diabetes.

Davon **3** Rezertifizierungen.
Insgesamt sind es **68**.

Die DDG wird von

17 Arbeitsgemeinschaften sowie **12** Ausschüssen und Kommissionen unterstützt.



124

Ärzte

erhalten die Anerkennung
„Diabetologe DDG“.

Insgesamt gibt es

4.224

„Diabetologen DDG“

zwei Drittel in Kliniken

ein Drittel in niedergelassener Praxis

2

Psychologen

erhalten die Anerkennung
„Fachpsychologe DDG“.



Insgesamt gibt es

171

„Fachpsychologen DDG“

17

Stellungnahmen und

52

Pressemeldungen zu aktuellen
medizinischen und gesund-
heitspolitischen Fragestellungen
werden veröffentlicht.

417 Mio.
Printkontakte

190 Mio.
Page Visits



Die DDG zeichnete **8** Wissenschaftler aus
und förderte **31** Projekte mit

400.000 €

231

Diabetesberaterinnen



180

Diabetesassistentinnen
und

197

Wundassistentinnen
schließen ihre Weiterbildung ab.

Insgesamt gibt es rund

4.000 **Diabetesberaterinnen (DDG)**

7.830 **Diabetesassistentinnen (DDG)**

3.930 **Wundassistentinnen (DDG)**

63

Teilnehmerinnen absolvieren erfolgreich
die neuen Weiterbildungen zur Diabetes-
Pflegefachkraft DDG Klinik und Langzeit.

90 **Diabetes-Pflegefachkräfte DDG
(Klinik und Langzeit)**



FACHGESELLSCHAFT

KOMMUNIZIEREN, KOORDINIEREN, WEITERBILDEN UND ZERTIFIZIEREN

BERICHT AUS DER GESCHÄFTSSTELLE

2016 hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) bei ihren Mitgliederzahlen die 9.000er-Schwelle überschritten: Mitglied 9.000 ist Charlotte Pietrock, eine engagierte, angehende Medizinerin aus Berlin – also auch „diabetologischer Nachwuchs“. Mit dieser hohen Mitgliederzahl ist die DDG eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland, die sich nicht nur für ihre Mitglieder starkmacht, sondern auch dafür sorgt, dass die Diabetologie eine unüberhörbare Stimme in Politik und Öffentlichkeit hat. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Kernaufgabe der DDG ist es, sich für die bestmögliche Behandlung von Menschen mit Diabetes einzusetzen.



„Dahinter stecken kluge Köpfe“ – DDG Vorstand und Geschäftsführer mit der ersten Ausgabe der neuen diabetes zeitung

Insbesondere fühlt sich die DDG verantwortlich dafür, die Wissenschaft und Forschung zu fördern, die Fort- und Weiterbildung nach aktuellsten Erkenntnissen zu gestalten, Diabetes-Behandlungseinrichtungen zu zertifizieren und zusammen mit benachbarten Fachgesellschaften Leitlinien zu entwickeln. Koordiniert werden diese Aktivitäten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DDG Geschäftsstelle. Auch die Vorbereitung der beiden großen Kongresse läuft in direkter Absprache mit dem jeweiligen Tagungspräsidenten über Berlin. Der Sitz der DDG Geschäftsstelle in der Hauptstadt hat sich bewährt: Ein enges Netz zu gesundheitspolitischen Akteuren und zu Repräsentanten der Gesundheitspolitik konnte aufgebaut werden.

DIABETOLOGIE 2025: KLARE FORDERUNGEN AN DIE POLITIK IM WAHLJAHR 2017

Gemeinsam mit Patientenorganisationen und Berufsverbänden hat die DDG das Strategiepapier „Diabetologie 2025“ verfasst, um die wichtigsten strategischen Handlungsfelder zu identifizieren und politische Forderungen zu formulieren. Das Papier spricht Institutionen, Kostenträger sowie Entscheider aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft an und dient den Akteuren als Kompass für die nächsten Schritte.

www.ddg.info/gesundheitspolitik/task-force-diabetologie-2025

diabetes zeitung: WICHTIGE ENTWICKLUNGEN IMMER IM BLICK

Außerordentlich positiv war die Resonanz auf die neue diabetes zeitung. Sie informiert mit einer monatlichen Auflage von 25.000 nicht nur die DDG Mitglieder, sondern auch diabetologisch interessierte Hausärzte und Entscheider aus Wirtschaft und Politik über die wichtigsten Entwicklungen in der Diabetesversorgung. Die diabetes zeitung ist auch online als E-Paper auf der Website der DDG zu lesen.

www.ddg.info/presse/diabetes-zeitung

KONGRESSE

Während der Diabetes Kongress im Mai seinen festen Standort in Berlin gefunden hat (eine Ausnahme gibt es 2017: Kongressschauplatz ist die Elbmetropole Hamburg), findet die Diabetes Herbsttagung von 2018 an wechselweise in den Städten Leipzig, Wiesbaden und Hannover statt. Diese Standortwünsche wurden durch eine Mitgliederbefragung ermittelt. Die zwei großen Fortbildungsveranstaltungen sind feste Termine im Kalender vieler Diabetesexperten. 6.039 Fachleute besuchten den Diabetes Kongress, 3.763 die Diabetes Herbsttagung 2016.

Die Förderung des diabetologischen Nachwuchses liegt der DDG besonders am Herzen. Ein Instrument dazu sind



Parlamentarischer Jahresempfang 2017

Ökonomisierung in der Medizin: Fällt die gute Versorgung von Menschen dem Rotstift zum Opfer?

Thema der Jahrespressekonferenz

die Reisestipendien für die Kongresse. Diese beinhalten weit mehr als einen finanziellen Zuschuss für eine Reise zum Kongress: Alle Stipendiaten werden auf der Veranstaltung intensiv von erfahrenen DDG Experten betreut. Neben 200 Reisestipendien zum Diabetes Kongress in Berlin und zur Diabetes Herbsttagung in Nürnberg ermöglichte die DDG auch erstmalig 20 Nachwuchskräften die Teilnahme am EASD, dem Kongress der Europäischen Diabetesgesellschaft. Über Facebook und den DDG Blog bleiben die jungen Leute auch nach den Kongressen in Kontakt und vernetzen sich.

Neu auf dem Kongress 2016 war das „Start-up-Village“. Junge Start-up-Unternehmen aus dem Bereich Digitalisierung der Medizin konnten dort ihre Innovationen einer Fachjury und dem interessierten Fachpublikum präsentieren.

ZUKUNFTSFÄHIGKEIT SICHERN: DRG-PROJEKT

Die DDG hat sich zum Ziel gesetzt, die Abbildung diabetologischer Leistungen im Deutschen DRG-System langfristig

zu verbessern. Gelingen kann das nur durch eine qualifizierte Bedienung des InEK-Vorschlagsverfahrens, die Bereitstellung von Vergleichszahlen, eine Verbesserung der Kostendaten und durch eine optimierte Abbildung der Leistungen. Mitte 2015 begann das DRG-Projekt der DDG. Zurzeit stellen 16 Krankenhäuser ihre Daten zur Verfügung. Wünschenswert wäre, wenn es mindestens 20 wären. Erste Erfolge des DRG-Projekts zeigen sich bei der verbesserten Vergütung der Komplexbehandlung von Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (siehe auch Seite 42/43).

LEITLINIEN UND STELLUNGNAHMEN

Mit den Stellungnahmen der DDG wird zeitnah und kritisch auf Entwicklungen im Gesundheitssystem, auf Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder zu besonderen Studienergebnissen Position bezogen. 17 dieser Verlautbarungen wurden 2016 veröffentlicht.

Aktualisiert wurden 2016 die Leitlinien „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter“, „Gestations-

diabetes mellitus“ sowie „Therapie des Diabetes mellitus Typ 1“. Darüber hinaus hat die DDG ein „Positionspapier zur Therapie des Diabetes mellitus im Krankenhaus“ veröffentlicht.

JAHRESPRESSEKONFERENZ UND PARLAMENTARISCHER ABEND

Zum Auftakt des Jahres 2017 lud die DDG die Presse zu einer Jahrespressekonferenz in Berlin ein, um über das brisante Thema „Ökonomisierung in der Medizin: Fällt die gute Versorgung von Menschen dem Rotstift zum Opfer?“ zu informieren. Intensiv diskutierten rund 30 Journalisten mit den DDG Experten.

Beim DDG Jahresempfang in der Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin waren Vertreter aus Gesundheitspolitik, Wirtschaft und Gesellschaft geladen, um sich im Rahmen einer Podiumsdiskussion ebenfalls über die Ökonomisierung der Medizin auszutauschen. Das Interesse war enorm. Viele der über 90 Gäste blieben bis weit in den Abend hinein.

DDG WEITERBILDUNG NEU: PFLEGEFACHKRÄFTE WERDEN GESCHULT

Die umfassenden DDG Weiterbildungen sind weiterhin ein wichtiger Baustein für den Erhalt der Versorgungsqualität für Menschen mit Diabetes. Die neuen Weiterbildungen zur Diabetes-Pflegekraft DDG (Klinik und Langzeit) sind gut angelaufen. Alle Weiterbildungsangebote der DDG finden grundsätzlich ohne Beteiligung der Industrie statt und werden ausschließlich aus Teilnehmergebühren finanziert.

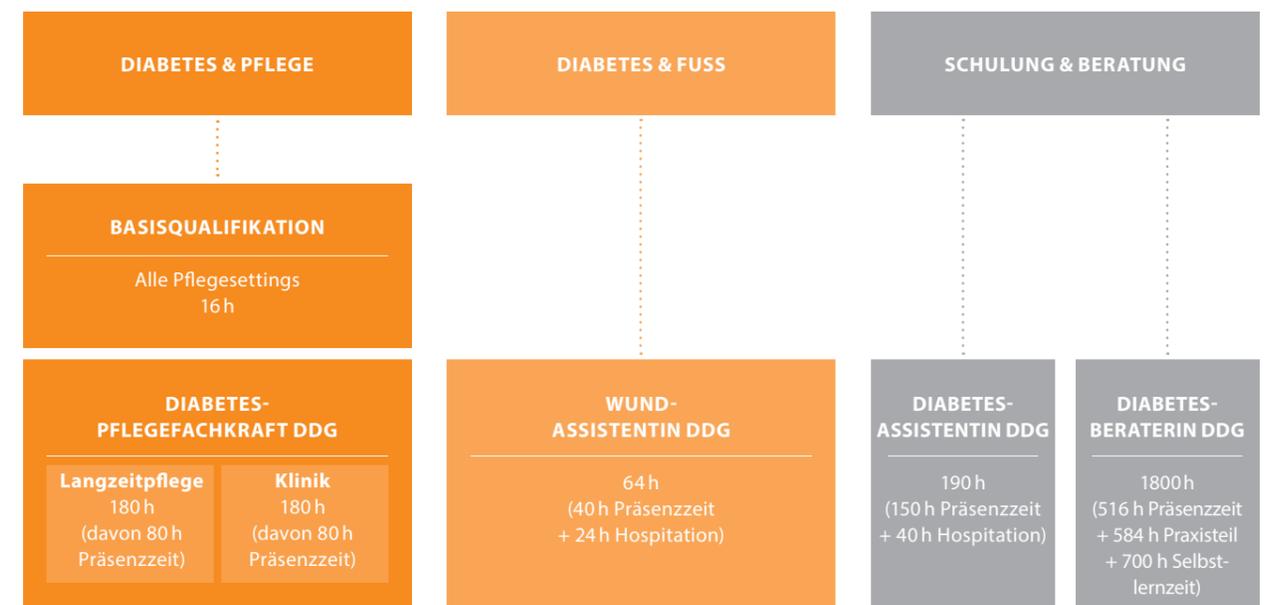
BEFRAGUNG ZUR DIABETOLOGISCHEN SCHWERPUNKTPRAXIS

Seit November 2016 führen der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) und die DDG eine fragebogengestützte Erhebung zur ambulanten Schwerpunktversorgung im Bereich der Diabetologie durch. Ziel ist es, aussagekräftige Angaben zur Leistungsfähigkeit der diabetologischen Schwerpunktpraxen machen zu können. Die Ergebnisse werden ausschließlich anonymisiert dargestellt und sollen in wissenschaftlich üblicher Form 2017 veröffentlicht werden.

DANK – DEUTSCHE ALLIANZ NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) ist ein Zusammenschluss von 20 Fachgesellschaften und Organisationen unter Federführung der DDG, die sich die Prävention moderner Zivilisationskrankheiten zum Ziel gesetzt hat. 2016 hat DANK ein gemeinsames Grundsatzpapier mit zentralen Forderungen an die Politik erarbeitet. Zu den Forderungen gehören beispielsweise bundesweit verpflichtende Qualitätsstandards bei der Kita- und Schulverpflegung. Eine von DANK initiierte Umfrage unter den Bundesländern hatte ergeben, dass die Länder die Verantwortung für gesunde Kita- und Schulernährung an die Schulen abschieben und – bis auf Berlin und das Saarland – keine Einführung verbindlicher Qualitätsstandards planen. Gemeinsam mit Renate Künast machte DANK mit einer Pressekonferenz auf diesen Missstand aufmerksam und forderte die Politik zum Handeln auf.

WEITERBILDUNGSANGEBOTE DER DDG (ASSISTENZBERUFE)



WAHRNEHMUNG

ÖFFENTLICHE WAHRNEHMUNG SCHÄRFEN

ERFOLGREICHE PRESSEARBEIT IN EINER
MEDIENLANDSCHAFT DES WANDELS

Seit vielen Jahren sucht die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) aktiv den Dialog mit der breiten Öffentlichkeit. Dies gelingt vor allem über den kontinuierlich gepflegten Kontakt zu relevanten Redaktionen in Deutschland. Ob Tageszeitung, Wochen- oder Monatschrift, Fernsehen, Hörfunk, digitale Medien, Fachpublikationen oder Illustrierte: Über ihre Pressestelle transportiert die DDG regelmäßig ihre Anliegen, Botschaften und Themen. Wöchentlich erreichen die DDG Pressestelle darüber hinaus zahlreiche Interviewanfragen. Journalisten schätzen valide Daten, präzise Erläuterungen und fundierte Expertenmeinungen: Damit dient die DDG. Und das zahlt sich aus: 2016 lag die Medienreichweite bei 417 Millionen Printkontakten plus 190 Millionen Page Visits Reichweite im Internet. Ein sensationeller Erfolg.



Die von der DDG gesetzten Themen und ihre Anliegen haben im Jahr 2016 einmal mehr ungewöhnlich hohe Aufmerksamkeit erzielt: Ob neue medizinische Erkenntnisse und Therapieansätze, Kritik an politischen Plänen und Entscheidungen, Aktivitäten des G-BA oder allgemeine, mit Diabetes verbundene gesellschaftliche Entwicklungen, die DDG meldet sich zu Wort. Die Fachgesellschaft ist damit nicht nur im Vergleich mit anderen Gesellschaften die Nummer 1, sie ist auch in gesundheitspolitischer Hinsicht eine relevante Stimme, auf die man hört.

Es ist wieder ein Rekordjahr bei der DDG hinsichtlich der Medienreichweite: Mit 417 Millionen Printkontakten und 190 Millionen Page Visits erreicht die Fachgesellschaft über 600 Millionen Mal Leserinnen und Leser. 52 Pressemitteilungen

Journalisten schätzen valide Daten, präzise Erläuterungen und fundierte Expertenmeinungen.

wurden an die Medien geschickt, viele Experten-Statements gegeben und Interviews vermittelt – DDG Experten werden oft und umfassend in den Medien zitiert. Das fordert großen Einsatz, denn in der zunehmend digitalen Nachrichtenwelt muss immer alles „zeitnah“ passieren.

NEUE KOMMUNIKATIONSKANÄLE: DDG NEWSLETTER
Bei Medienarbeit denkt man zunächst an die externe Öffentlichkeit. Doch jede Öffentlichkeitsarbeit beginnt „in-

tern“: Der Informationsfluss nach innen – zu den Mitgliedern – ist daher ebenso wichtig. Neu in 2016 waren die fast wöchentlich verschickten Newsletter mit aktuellen Pressemitteilungen, Informationen zu den bevorstehenden Kongressen, Ausschreibungen von Forschungspreisen oder neuesten Stellenanzeigen. Damit hat die DDG für die Mitglieder ein wichtiges zusätzliches Instrument geschaffen, das die ausführlichen Ausgaben der diabetes zeitung ergänzt und in der Print-Online-Kombination die eingestellten DDG Informationen sinnvoll ablöst.

„Alles rund um Diabetes, jeden Monat im Zeitungsformat“ – das ist die Funktion der neuen Zeitung, deren Wirkungsbereich über die Zielgruppe der Mitglieder hinausgeht: So werden interessierte Hausärzte, Experten der

Kein Zuckerlecken

Die Deutschen essen zu viel und bewegen sich zu wenig. Deshalb steigt die Zahl der Diabetiker rasant. Ärzte und Wissenschaftler versuchen jetzt, mit neuen Behandlungsansätzen gegenzusteuern – neuerdings mit Unterstützung der Politik.

Als Kind hat Katharina ein Journal beobachtet, wie eine amerikanische Oma nach dem Essen, begleitet vom „Journal“, heute so zu gehen. Katharina wollte es ein wenig von Katharina lernen. Heute ist sie 38 Jahre alt und man sieht nicht mehr, wie man sein, sondern immer eine Zisterne voll mit Süßigkeiten. Sie hat jetzt ein tolles Leben. Sie ist jetzt ein tolles Leben. Sie ist jetzt ein tolles Leben.

„Zwischen 1998 und 2011 ist die Zahl der Diabetiker um 38 Prozent gestiegen

Die Deutschen essen zu viel und bewegen sich zu wenig. Deshalb steigt die Zahl der Diabetiker rasant. Ärzte und Wissenschaftler versuchen jetzt, mit neuen Behandlungsansätzen gegenzusteuern – neuerdings mit Unterstützung der Politik.

Vor der Gesundheitskatastrophe

Nur eine halbe Tasse Zucker pro Tag, das ist die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Doch in Deutschland trinken wir im Durchschnitt 10 Liter süßes Getränk pro Person pro Tag. Das ist ein Problem, denn Diabetes ist eine der häufigsten Krankheiten der Welt. In Deutschland leben über 7 Millionen Menschen mit Diabetes. Das ist ein Problem, denn Diabetes ist eine der häufigsten Krankheiten der Welt.



Die zwei Formen des Diabetes

Es gibt zwei Formen des Diabetes. Typ 1 ist eine Autoimmunerkrankung, bei der das Immunsystem die Zellen der Bauchspeicheldrüse zerstört, die das Hormon Insulin produzieren. Typ 2 ist eine Lebensstilkrankung, die durch Übergewicht und Bewegungsmangel entsteht.

Die Deutschen essen zu viel und bewegen sich zu wenig. Deshalb steigt die Zahl der Diabetiker rasant. Ärzte und Wissenschaftler versuchen jetzt, mit neuen Behandlungsansätzen gegenzusteuern – neuerdings mit Unterstützung der Politik.

Wie die Industrie die Zucker-Gefahr verharmlost

Die Industrie der Süßwaren und Getränke versucht, die Gefahren von Zucker zu verharmlosen. Sie argumentiert, dass Zucker ein natürliches Süßungsmittel ist und dass es für die Gesundheit wichtig ist. Doch die Wissenschaft zeigt, dass ein hoher Zuckerkonsum mit Diabetes und anderen Gesundheitsproblemen verbunden ist.



Baptist Gallwitz, Anne-Katrin Döbler und Edgar Franke (MdB) bei der DDG Jahrespressekonferenz

angrenzenden Fachdisziplinen sowie Vertreter der Gesundheitspolitik ebenfalls erreicht.

MEDIENPREISE: DAS THEMA DIABETES AUF DIE AGENDA SETZEN

Mit der Ausschreibung der DDG Medienpreise verfolgt die DDG zwei Ziele: Einerseits dient sie dazu, einen „Themenimpuls“ für die Berichterstattung zu setzen, damit Journalisten das Thema Diabetes aktiv aufgreifen. Andererseits werden Autoren, die bereits Beiträge zum Thema Diabetes veröffentlicht haben, ermuntert, sich für den Preis zu bewerben. 2016 hat die DDG nun zum dritten Mal die Medienpreise vergeben. Rund 50 Beiträge wurden eingereicht, aus denen die Jury unter Leitung von Professor Dirk Müller-Wieland vier auswählte – drei in den bekannten Kategorien Print, TV und Hörfunk sowie einen Sonderpreis für eine Homepage. Zu den Gewinnern gehören in der Kategorie Hörfunk Tanja Filipp-Mura (Saarländischer Rundfunk), „Der süße Feind – Vom Alltag mit Diabetes“, in der Kategorie Fernsehen Silke Kujas (Hessischer Rundfunk), „Diagnose Diabetes“ sowie in der Kategorie Print Dr. Jörg Zittlau für einen Beitrag in der WELT am Sonntag mit dem Titel „Kein Zuckerlecken“. Den Sonderpreis erhielt Susanne Löw für ihre Webseite www.zucker-im-gepaeck.de, auf der sie von ihren großen Reisen berichtet, die

für sie trotz „Zucker im Gepäck“ (sie ist Typ-1-Diabetespatientin) zum Erlebnis werden. Die Medienpreise sind mit jeweils 2.000 Euro dotiert und wurden auf der 10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Nürnberg vergeben.

www.ddg.info/presse/medienpreis-der-ddg/medienpreis-2016

IST ONLINE DAS NEUE PRINT?

Ja und Nein lautet die Antwort. Der Anteil der über Internet und Social-Media-Kanäle verbreiteten Informationen steigt kontinuierlich. 170 Millionen Online-Kontakte (Page Visits) hatte die DDG in 2016 über verschiedenste Internetseiten erzielt. Auch die Verteilung der Clippings nach Kanälen (also Print, TV und Hörfunk oder Online) zeigt einen deutlichen Anstieg bei den online verbreiteten Artikeln. Das spiegelt auch die Entwicklung in der gesamten Medienwelt wider: Printauflagen sinken, Online gewinnt an Relevanz. Vor diesem Hintergrund hat die DDG 2016 zwei Erfolge mit ihrer Medienarbeit erzielt: Sie konnte ihre enorm große Reichweite, die sie sich in den letzten Jahren in den Printmedien erarbeitet hat, erhalten und gleichzeitig die Präsenz in den Online-Medien deutlich erweitern.



Süddeutsche Zeitung

Auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hält das Papier der Zuckerverbände für schwierig: „Geärgert hat uns vor allem die Scheinheiligkeit, sich auf uns zu beziehen und einmündend aus unseren Ernährungsempfehlungen zu zitieren“, sagt DDG-Geschäftsführer Dietrich Garlich. „Die Industrie lehnt sich zurück und sagt, wir stellen nur gesunde Lebensmittel her. Das ist zynisch, weil man dem Einzelnen die Schuld gibt, wenn er nicht weiß, wie viel Zucker, Salz oder Fett gut für ihn ist.“ Dafür fehlt laut Garlich aber vor allem eines: eine transparente Kennzeichnung von Zucker auf Verpackungen.

WEITERBILDUNG

PROFIS FÜR PROFESSIONELLE BEHANDLUNG

DIE DDG WEITERBILDUNGEN IM ÜBERBLICK

	VORAUSSETZUNG	TÄTIGKEITEN	WEITERBILDUNGSDAUER
Diabetologe/in DDG	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
Fachpsychologe/in DDG	Psychologe/in (Dipl./M.Sc.) Tätigkeit in der Diabetologie (mind. 50%) ggf. mit Schwerpunkt Kinder-/Jugendpsychologie* Mitgliedschaft in der DDG	Psychologische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Schwangere sowie Sonderformen	24 Monate Praxis in einer Diabetes-einrichtung* 10 Tage Hospitation* 64 Stunden Präsenzseminare*
Diabetesberater/in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Schwangere	12 Wochen Präsenzunterricht 544 Stunden Praxisnachweis 1 Woche Hospitation
Aufbauqualifikation für Diabetesassistenten/innen zum/zur Diabetesberater/in DDG	Nur für Diabetesassistenten/innen mit medizinischem Grundberuf** nach 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kinder, Schwangere	8 Wochen Präsenzunterricht 360 Stunden Praxisnachweis 20 Stunden Hospitation
Diabetesassistent/in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 2	4 Wochen Präsenzunterricht 1 Woche Hospitation
Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in mit 3-jähriger Ausbildung	Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Kurzzeitpflege	2 Wochen Präsenzunterricht
Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in, Krankenschwester, Kinderkrankenschwester, staatl. geprüfte/r Altenpfleger/in mit 1-jähriger Berufserfahrung	Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Langzeitpflege	2 Wochen Präsenzunterricht
Wundassistent/in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit abgeschlossener 3-jähriger Ausbildung	Professionelle Wundversorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom	1 Woche Präsenzzeit 24 Stunden Hospitation
Podologe/in DDG	Staatlich geprüfte/r medizinische/r Fußpfleger/in Podologe/in	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 Kurse werden zentral in Berlin koordiniert, finden dann aber – je nach Bedarf – an verschiedenen Standorten statt.

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

Die Weiterbildungsseminare für Ärzte und Psychologen werden rotierend an unterschiedlichen Standorten veranstaltet.

Detaillierte Informationen unter:

www.ddg.info/weiterbildung

Ansprechpartnerinnen in der Geschäftsstelle sind:
 Franziska Holz – Ärzte, E-Mail: holz@ddg.info
 Susa Schmidt-Kubeneck – Medizinisches Assistenzpersonal, E-Mail: schmidt-kubeneck@ddg.info

GERECHTIGKEIT

GESUNDE ERNÄHRUNG IST EINE GERECHTIGKEITSFRAGE

QUALITÄTSSTANDARDS FÜR KITA- UND SCHULVERPFLEGUNG KÖNNEN ADIPOSITAS UND DIABETES VERHINDERN

Bereits 15 Prozent der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind übergewichtig. Übergewicht und Adipositas sind nicht nur eine „schwere Bürde“ für die Betroffenen, sondern auch ein gesundheitliches Risiko. Zusammen mit anderen Faktoren können sie beispielsweise zu Diabetes führen. Essen und Ernährungsverhalten werden früh gelernt, nicht nur in den Familien, sondern auch in Kitas und Schulen. Über sechs Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland nutzen Ganztagsangebote und essen dort. Schulverpflegung spielt daher eine wichtige Rolle in ihrer Entwicklung. Die Qualität dieser Verpflegung ist jedoch höchst unterschiedlich. Ein Interview mit Renate Künast.

Frau Künast, wie sah es in Ihrer Kindheit und Jugend aus mit der „Schulverpflegung“?

Zu meiner Zeit gab es immer das klassische Pausenbrot plus Apfel – mitgebracht von zu Hause! Es war die Zeit der „Halbtagschulen“, es gab keine Kantinen und fast in allen Familien gab es Mütter, die Hausfrauen waren und nicht noch zusätzlich arbeiten gingen. Sie haben uns bekocht. Besonders beeindruckend war die Verpflegung bei Ausflügen: Da gab es neben Broten und Obst Eierpfannkuchen, Kartoffelsalat und andere Köstlichkeiten – alles selbst gemacht. Aber die Zeiten ändern sich.

Es gibt bereits Qualitätsstandards für „Schulernährung“. Die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) hat 2016 bei allen Kultusministerien der Länder nachgefragt: Nur zwei Länder, Berlin und das Saarland, haben diese Empfehlungen umgesetzt. Die anderen 14 planen es nicht einmal. Haben Sie dafür eine Erklärung?

Die Tragik ist, dass bei den Entscheidern in den Ministerien immer noch nicht angekommen ist, dass eine gesunde und vollwertige Ernährung eine Bildungs- und Gerechtigkeitsfrage ist.

Das heißt, um wirklich jedem Kind die gleichen Chancen zu geben, müssen die Verhältnisse geändert werden. Zu der Verhältnisprävention tragen die DGE-Qualitätsstandards bei. Aber sie müssen tatsächlich zum Standard werden und die gesamte Struktur prägen. Auch die simple Erkenntnis, dass Lernfähigkeit nur dann möglich ist, wenn ein Kind gesund und gut ernährt ist, scheint noch nicht allen präsent zu sein. Wir brauchen also eine öffentliche Diskussion. Vonseiten der Politik müssen wir klarmachen, dass die Förderung von Bildungseinrichtungen davon abhängt, ob diese die Grundsätze einer Verhältnisprävention verstanden haben und umsetzen.

Brauchen wir mehr Schulbildung für gesunde Ernährung oder gar ein Fach Ernährung?

Gesunde Ernährung muss unbedingt Teil der schulischen Bildung sein. Wenn wir das Diktum „nicht für die Schule, sondern für das Leben lernen wir“ ernst nehmen, dann gehört Ernährungskompetenz dazu. Es geht um Alltagstechniken, die erlernbar sind. Was kaufe ich ein? Wo kaufe ich ein? Woher kommt die Nahrung? Natürlich ist das auch Aufgabe der Eltern. Mit dem Eintritt in die Kita muss das positiv verstärkt oder auch „gelenkt“ werden, wenn die Voraussetzungen für ein Kind ungünstiger sind. Das ist so wichtig, weil Kinder und Jugendliche einem so

unglaublichen Werbedruck ausgesetzt werden; sie werden be- und umworben, um speziell auf sie zugeschnittene sogenannte Kinder-Lebensmittel haben zu wollen. Etwas dagegensetzen und aufzuklären ist ein Bildungsauftrag. Eine Verankerung des Themas in all den Fächern, zu denen es eine inhaltliche Nähe gibt, wäre ein guter Weg. Das muss in die Rahmenlehrpläne. Neben dem Biologie-Unterricht, in dem gelernt wird „Was braucht mein Körper?“, kann das in Erdkunde passieren.

Beispiel: Landwirtschaft in Argentinien, das vor allem mit Soja zu den größten Agrarexporturen der Welt gehört und viel Glyphosat einsetzt. Man kann daran zeigen, was das für die Tierhaltung in Deutschland bedeutet und welche gesundheitlichen Effekte das für uns und in Argentinien hat.

Koch- und Einkaufskurse können zudem das Miteinander der Kinder aus verschiedenen Kulturen verbessern – als eine Art kultureller Austausch, der Traditionen und Gewohnheiten verdeutlicht. Die ganze Schule muss sich auf den Weg machen und Entdecker werden.

Welche Möglichkeiten sehen Sie, um die Qualität in der Kita- und Schulverpflegung dauerhaft hochzuhalten und zu überprüfen?

Wenn wir verbindliche Qualitätsstandards haben und die „Vernetzungsstellen Schulverpflegung“ (VNS) ausbauen, dann wird das reichen. Wir brauchen kein Kontrollsystem. Das wäre hinderlich, denn auch die kleinen Einheiten – wie die einzelnen Kitas – sollen eigenständig funktionieren können. Aber zeitgleich müssen wir die Debatte für gesunde Ernährung anstoßen und dabei auch die Eltern und Kinder einbeziehen.

Es gibt eine neue Anlaufstelle für Fragen rund um die Ernährung. Was erwarten Sie im Hinblick auf die Schulverpflegung von dem neugegründeten Bundeszentrum für Ernährung (BZfE), das zur Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) gehört?

Das BZfE hat jetzt eine neue Rolle bekommen, und wenn es ihm gelingt, die vorhandenen Strukturen, also die bereits gut etablierten Vernetzungsstellen zu stärken, bin ich optimistisch. Das setzt voraus, dass das Zentrum aktiv den Austausch voranbringt und dem Vernetzungsgedanken treu bleibt.

Mit bundeseinheitlichen Standards für die Kita- und Schulverpflegung wäre ein erster wichtiger Schritt in Richtung Verhältnisprävention getan. Welche anderen gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten Ihrer Meinung nach geschaffen werden, um eine Erfolg

versprechende Primärprävention von Adipositas und Diabetes zu gewährleisten?

Für mich ist die Einführung einer Lebensmittelampel der Traum. Auf einen Blick erkennen können, was man sich da in den Einkaufswagen lädt – das würde vielen Menschen helfen, eine informierte Entscheidung zu treffen. Wenn ich das Rot bei den



Gesunde Ernährung muss unbedingt Teil der schulischen Bildung sein.

Frühstückscerealien sehe, verstehe ich sofort, dass ich bei einer solchen Zuckermenge meinem Kind auch gleich eine halbe Tafel Schokolade zum Frühstück geben könnte. Allerdings sind die Widerstände der Lebensmittelindustrie hier sehr groß. Ich finde, es ist aber unser gutes Recht zu wissen, was in den Produkten ist. Wir brauchen diese Ampel.

Aber es muss noch mehr passieren. Wir brauchen Regeln und Vorgaben bei den Werbe- und Marketingmaßnahmen, die sich an Kinder richten und hochverarbeitete Lebensmittel anpreisen. Das Beispiel der Zigarettenwerbung hat gezeigt, dass man das durchsetzen kann. Die Zucker-Fett-Steuer-Debatte können wir durchaus führen, aber zielführender ist meiner Meinung nach ein anderer Ansatz: die „Reformulierung“ von industriell

hergestellter Nahrung. Wie lassen sich Rezepturen so verändern, dass die Nahrung gesünder ist? Das ist Aufgabe der Regierung und des Parlaments und muss auf bundespolitischer, aber auch auf europäischer Ebene vorangebracht werden.

Ein weiterer Ansatz setzt das Thema in einen neuen, weiteren Kontext: auf die Stadt. Bildungsreinrichtungen wie Kitas und Schulen sind Teile der Stadt. Das Thema Ernährung muss in der kommunalen Stadtentwicklung verankert werden, also neben Energieversorgung, Bildung oder Gesundheit seinen festen Platz finden. Wenn Ernährung und Stadt zusammengedacht werden, geht es auch um die Frage, wie sich die Stadt und die Menschen ernähren, woher die Nahrung kommt, wie sie angebaut wird etc.

Wenn wir die Aufgabe gesunde Ernährung für jedes Kind als Gerechtigkeitsfrage angehen wollen, kommen wir um solche grundsätzlichen Ansätze nicht herum.

Vielen Dank für das Gespräch!

Renate Künast (*15. Dezember 1955 in Recklinghausen), MdB (Bündnis 90/Die Grünen), ist Vorsitzende des Bundestagsausschusses Recht und Verbraucherschutz, von 2001 bis 2005 war sie Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, 2004 veröffentlichte sie das Buch „Die Dickmacher: Warum die Deutschen immer fatter werden und was wir dagegen tun müssen“.

DIGITALISIERUNG

DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

BREMST DATENSCHUTZ EINE BESSERE PATIENTENVERSORGUNG?

Online-Shopping, Steuererklärung machen, Verträge ändern, sozial interagieren – viele Menschen nutzen heutzutage digitale Angebote, denn sie bringen ihnen Vorteile. Mehr als die Hälfte aller Deutschen nutzt beispielsweise das Online-Banking. Fast zehn Prozent des gesamten Einzelhandelsumsatzes werden über das Internet abgewickelt und es gibt 28 Millionen Facebook-Nutzer in Deutschland. Geht es jedoch um das Thema Gesundheit, reagieren viele Bundesbürger anders. Zwar würden 71 Prozent ihre Daten zur Verfügung stellen, wenn sie damit zur Prävention oder zur Entwicklung besserer Therapiemöglichkeiten beitragen; zwei Drittel von ihnen haben jedoch zugleich Sorge, dass ihre Gesundheitsdaten missbraucht werden könnten. Sechs Prozent der Befragten lehnen die Freigabe ihrer Daten komplett ab. Ein Interview mit Jens Spahn.

Herr Spahn, warum reagieren viele Deutsche skeptisch, wenn das Thema digitale Vernetzung im Gesundheitswesen angesprochen wird?

Datenschutz wird in Deutschland zu Recht als hohes Gut wahrgenommen. Viele Menschen wissen, welchen Wert die eigenen Daten haben – sie sind die Währung der Zukunft. Kein Angebot – auch im Internet – ist kostenlos. Bezahlt wird heute oftmals mit Daten, siehe etwa Facebook. Wir Deutschen sind mitunter skeptisch, was die Weitergabe unserer Daten anbelangt. Das ist insbesondere im Gesundheitswesen auch verständlich. Aber leider verlieren wir dabei die Chancen, die die digitale Medizin bietet, aus den Augen. Denken Sie allein etwa an Big-Data-Analysen in der Forschung. Der Zugriff auf die anonymisierten medizinischen Daten von Tausenden von Patienten könnte viel mehr Aufschlüsse über die Ursachen, Symptome oder Verläufe von Krankheiten wie Diabetes oder Krebs bringen. Dies würde

die Diagnosemöglichkeiten und vor allem die Heilungschancen erheblich verbessern. Aber auch im persönlichen Umfeld bietet die Digitalisierung Vorteile: sei es die sich in der Entwicklung befindende Kontaktlinse, die den Blutzuckerspiegel misst, oder die App, die vor dem Herzinfarkt warnt – das alles ist erst der Anfang. Ich bin mir sicher, dass wir noch viele überraschende Entwicklungen erleben. Insgesamt sehe ich große Vorteile, die die datenbasierte digitale Vernetzung im Gesundheitswesen mit sich bringen wird.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum Januar 2015 stieß auch auf Kritik. Welche Daten werden bislang auf dieser Karte gespeichert und welche Erweiterungen sind durch das Anfang 2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz geplant?

Die Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte werden schrittweise

eingeführt. Bisher wurden eher administrative Daten der Versicherten oder Details zu deren Krankenkassenmitgliedschaft gespeichert. In den kommenden Monaten werden noch weitere Funktionen hinzukommen, ab April 2017 beispielsweise der bereits eingeführte Medikationsplan. Dieser wird dann auch elektronisch auf der elektronischen Gesundheitskarte abgelegt und bietet einen besseren Überblick über die verordneten Medikamente. Unerwünschte Wechsel- und Nebenwirkungen sollen dadurch vermieden werden. Weitere Funktionen werden folgen, sobald die dafür notwendige Telematik-Infrastruktur flächendeckend genutzt werden kann. Hierzu gehört neben dem Versichertenstammdatenmanagement auch ein Notfalldatensatz, der im Ernstfall Leben retten kann. Dieser befindet sich seit Juli 2016 in der Erprobung. Zukünftig soll aber auch der Organspende-Ausweis auf der elektronischen Gesundheitskarte abgespeichert und jeder Patient mit einer PIN zur Verwaltung der persönlichen Daten ausgestattet werden.

Wie regelt das E-Health-Gesetz die Zugriffsmöglichkeiten auf die Daten?

Es war wichtig, bei den Zugriffsmöglichkeiten auf die Patientendaten den hohen Standards beim Datenschutz Rechnung zu tragen. Die Daten der Patienten werden doppelt verschlüsselt und nur auf sicheren Datenbahnen im Rahmen der neuen technischen Infrastruktur übermittelt. Dabei handelt es sich um eine sogenannte Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, bei der die Daten vor dem Absenden noch in der Arztpraxis verschlüsselt werden und erst vom Empfänger decodiert werden. Auf die verschlüsselten Daten kann nur zugegriffen werden, wenn Arzt und Patient sich gleichzeitig legitimieren. Dritte können deshalb nicht auf die Daten zugreifen. Darüber hinaus wird jeglicher Zugriff auf die Daten protokolliert. Eine Entschlüsselung ist nur mithilfe einer geheimen PIN möglich, die jeder Patient erhält. Der Patient hat somit die Möglichkeit, selbst jeden Zugriff auf die persönlichen Daten mit dieser PIN manuell zu bestimmen. Eine Ausnahme bilden einzig die Notfalldaten, auf die im Ernstfall auch ohne PIN zugegriffen werden kann.

Ohne die entsprechende Infrastruktur wird es keine tragfähige Vernetzung geben. Wie wird die Telematik-Infrastruktur aussehen und wie ist der Stand der Vorbereitungen?

Kurz gesagt: Es handelt sich um eine sichere Datenautobahn für Gesundheitsdaten, auf der mit seinen Anwendungen nur fahren darf, wer dafür ausdrücklich zugelassen wurde. Die Einführung dieser Infrastruktur wird mit der Umsetzung des Versichertenstammdatenmanagements beginnen und befindet sich derzeit in einer Testphase. Seit November 2016 wird die neue Technik in zwei Testregionen in ausgewählten Praxen und Kliniken erprobt. Die Ergebnisse dieses Testlaufs sind eine Voraussetzung für den Start des Produktivbetriebs ab Sommer 2017, bei dem schrittweise alle Leistungserbringer flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen werden sollen.

Die Deutschen aller Altersgruppen sind internetaffin und nutzen gern „Internetdienste“. Wie kann man ihnen den Nutzen von E-Health-Services erklären? Was können wir von europäischen Nachbarn wie beispielsweise Estland lernen?

Mithilfe der E-Health-Services bringen wir den technischen Fortschritt der letzten Jahre in unser Gesundheitssystem. Dadurch werden Kosten reduziert, Behandlungen verbessert und beschleunigt. Am Ende werden alle im Gesundheitswesen davon profitieren. Andere Länder wie Estland oder Dänemark sind uns dabei schon um Jahre voraus und haben hinsichtlich der elektronischen Patientenakte, beim Telemonitoring für Diabetes- oder Herzpatienten gute Erfahrungen gemacht.



Mithilfe der E-Health-Services bringen wir den technischen Fortschritt der letzten Jahre in unser Gesundheitssystem.

Wo sind die Grenzen der bislang auf den Weg gebrachten Initiative für eine digital vernetzte medizinische Versorgung der Zukunft? Was müsste zusätzlich verändert werden?

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass mit dem E-Health-Gesetz nur ein erster Schritt in Sachen digital vernetztes Gesundheitswesen erfolgt ist. Die erforderliche Struktur befindet sich derzeit noch im Aufbau und muss sich anschließend noch flächendeckend bewähren. Aber

das wird sie, da bin ich mir sicher. Wenn Patienten, Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker erst mal die Vorteile in ihrer täglichen Arbeit sehen, dann steigt auch die Akzeptanz.

Was können Mediziner und das medizinische Fachpersonal tun, um ihren Patienten die Vorteile der digitalen Vernetzung aufzuzeigen?

Mediziner können ganz klar auf die Vorteile der digitalen Infrastruktur verweisen. Beispielsweise der Medikationsplan, mit dem sich unerwünschte Wechsel- und Nebenwirkungen verhindern lassen. Immer noch sterben im Jahr 2017 in Deutschland zu viele Menschen an falscher Medikation. Oder nehmen Sie die schon angesprochenen Notfalldaten. Bei einem Unfall weiß der Notarzt sofort, welche Allergien oder welche Blutgruppe Sie haben. Das ist doch ein Riesenfortschritt! Ich bin deshalb für eine gezielte Aufklärung über den Nutzen dieser Technik. Eine Angst vor dem Datenmissbrauch ist nicht nötig. Die Telematik-Infrastruktur wird unter den hohen Gesichtspunkten des Datenschutzes aufgebaut.

Ist die auf Vernetzung, App-Technologie und Telemedizin bauende medizinische Versorgung noch eine „menschlich-empathische“ Medizin? Welche Risiken sehen Sie hier?

Im Gegenteil! 70 Prozent der Arztbesuche heute dienen nur für kurze Nachfragen, ein Drittel der Deutschen sitzt an einem Montagmorgen in Wartezimmern. Wenn wir durch die Digitalisierung diese Fragen anders beantworten können, dann haben alle mehr Zeit, weniger Stress und die Ärzte können sich den wirklich schweren Fällen widmen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Jens Spahn (*16. Mai 1980 in Ahaus), MdB, ist seit Juli 2015 Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesfinanzministerium. Bis dahin war Spahn gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Er ist einer der Autoren des 2016 erschienenen Buches „App vom Arzt. Bessere Gesundheit durch digitale Medizin“.

NULL BOCK KEIN BOCK AUF DIABETES!

IM JUGENDDORF DAS LEBEN MIT DIABETES LERNEN

Bei jedem Teenager steht der Hormonhaushalt kopf. Bei chronisch Kranken mit Diabetes Typ 1 wird es doppelt schwierig, denn häufig spielen in der Pubertät die Blutzuckerwerte auch verrückt. Wenn dann das Krankheitsmanagement nicht mehr richtig funktioniert und Probleme in der Familie und Schule noch dazukommen, tut Hilfe not. Im Christlichen Jugenddorf in Berchtesgaden (CJD) werden diabeteskranke Kinder und Jugendliche in dieser schwierigen Lebensphase begleitet. Hier lernen sie in Wohngruppen den Umgang mit ihrer Erkrankung und sehen neue Lebensperspektiven.

Von seinem Schreibtisch aus kann Mario Eich ins Grüne sehen – und in Ruhe lernen. In wenigen Monaten wird er sein Abitur in der Tasche haben. Endlich! „Es wird Zeit, dass ich auf eigenen Beinen stehe“, sagt der 20-Jährige, der seit seiner frühen Kindheit an Diabetes Typ 1 leidet. Täglich fährt er mit dem Bus zum Gymnasium, das malerisch inmitten alpiner Natur liegt – mit Blick auf den Watzmann.

Mario hat ein klares Ziel: Er will Psychologie studieren. Das war nicht immer so. Vor fünf Jahren, als er ins CJD kam, war sein Leben ein Kampf an allen Fronten. Als Teenager begann ihn die mütterliche Kontrolle zu nerven. „Irgendwann habe ich den Diabetes vergessen – mit Absicht wahrscheinlich“, erinnert er sich. „Ich habe blind gespritzt, ohne zu überlegen.“ Die Blutzuckerwerte wurden schlechter, in der Schule ging es bergab und daheim gab es Streit. Der behandelnde Arzt empfahl der Familie das CJD in Berchtesgaden.

Daheim in Tübingen war Mario ein chronisch Kranker unter Gesunden, hier ist er nur einer unter den vielen chronisch kranken Jugendlichen, die im Jugenddorf leben und unter Asthma, Adipositas oder Mukoviszidose leiden. Er braucht sich hier nicht zu erklären, wenn er sich Insulin spritzt – ganz im Gegenteil: „Wir tauschen uns über Blutwerte oder das Handling mit neuen Pumpen aus.“ Auch seine Freundin, die er im CJD kennengelernt hat, ist Diabetikerin. „Wir motivieren uns gegenseitig“, erzählt er.

Mario lebt mit zehn anderen Jugendlichen in einer Wohngruppe. Im Hauseingang hängt das Schwarze Brett, auf dem neben Infos zu Veranstaltungen eine Liste mit Arztterminen hängt. Bald ist Mario wieder dran. Alle zwei Wochen geht er den kurzen Weg zur Krankenstation, zu Hause musste er 50 Kilometer zum nächsten Diabeteszentrum fahren. „Am Anfang hat mir die aktive Unterstützung enorm geholfen“, erinnert er sich an seine ersten Tage im Jugenddorf. „Ich stand



Mario Eich kam vor fünf Jahren in das CJD. Der Abiturient hat hier gelernt, mit seinem Diabetes umzugehen.

sehr unter Kontrolle, musste mich unter Aufsicht messen. Noch heute zeige ich täglich der Krankenschwester mein Tagebuch mit den Blutzuckerwerten.“

Wie viele andere Jugendliche auch in dem Alter haben sie einfach keinen Bock auf nichts, auch nicht auf Diabetes.

Dr. med. Gerd Schauerte

Rund 70 diabeteskranke Kinder und Jugendliche aus ganz Deutschland leben im CJD Berchtesgaden. Sie bringen meist ein ganzes Bündel von Problemen mit: lange Fehlzeiten in der Schule, eine schwierige Familiensituation, psychische Belastungen wie Depressionen oder ein gestörtes Sozialverhalten. „Auch Kinder mit ADHS kommen zu uns. Blutzuckermessen und Broteinheiten zählen, Insulin spritzen – da ist die Schallgrenze der Konzentration schon lange durchbrochen“, erklärt Dr. med. Gerd Schauerte, Fachbereichsleiter für Gesundheit im CJD. Der Chefarzt für Kinder- und Jugendmedizin arbeitet mit einem Team aus Psychologen, Pädagogen, Therapeuten und Diabetesberatern zusammen.

„Meist mangelt es nicht am Wissen über die Erkrankung – ganz im Gegenteil. Es liegt am Durchhalten und Dranbleiben im Krankheitsmanagement. Wie viele andere Jugendliche auch in dem Alter haben sie einfach keinen Bock auf nichts, auch nicht auf Diabetes“, erklärt Schauerte. „Ab dem 12. Lebensjahr wird es schwierig. Es mangelt an der Nachmittagsbetreuung für diabeteskranke Jugendliche.“ Neben dem Jugendamt vermitteln meist Diabeteszentren die Jugendlichen, bei denen die ambulante Therapie an ihre Grenzen stößt. Ein Attest des behandelnden Arztes und ein Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 53/54 für den Sozialhilfeträger sind die Voraussetzungen für die Aufnahme. „Der beste Weg ist, sich direkt an unsere Elternberatung zu wenden, denn die Vorschriften sind in jedem Bundesland anders“, rät Schauerte.

Durch die Hormonumstellung in der Pubertät wird die Einstellung des Insulinbedarfs schwierig. Die Jugendlichen spritzen zwar nach Vorschrift, doch zeigt dies bei vielen plötzlich nicht mehr die gewünschte Wirkung. Die Folge: Die ständig zu hohen Blutzuckerwerte demotivieren die Jugendlichen. Allein auf medizinischem Wege lässt sich das Problem ambulant schwer lösen. Beim CJD in Berchtesgaden steht deshalb nicht allein das Managen der Krankheit im Vordergrund, sondern auch das Einbetten der Erkrankung ins tägliche Leben. Hier bekommt der Alltag mit Diabetes wieder Struktur, es gibt klare Regeln und feste Mess- und Essenszeiten. Der ritualisierte Ablauf soll in Fleisch und Blut übergehen, um Widerstände abzubauen und einen Ehrgeiz zu entwickeln, das Leben mit Diabetes eigenständig zu meistern. Neben einem kontinuierlichen Verhalten geht es darum, die Jugendlichen für Folgeschäden zu sensibilisieren. In der Regel zeigen sich schon nach drei Monaten messbare Effekte und die Hb1c-Werte sinken – die meisten bleiben aber für ein Jahr im CJD.

Ein Fünf-Stufen-System hilft einzuschätzen, wie viel Freiheit man dem Jugendlichen im Diabetesmanagement lassen kann. Das Ziel heißt: raus aus der Kontrolle hin zur Eigenständigkeit! Mario ist zuversichtlich, sein Leben hat sich in den vergangenen fünf Jahren verändert. „Ich mache zum Beispiel viel mehr Sport als daheim. Hier kann ich meine körperlichen Grenzen im Fitnesstraining unter Kontrolle ausloten. Gerade beim Sport zählt ja die Erfahrung im Umgang mit den Blutzuckerwerten.“ Er radelt leidenschaftlich gern, geht im Winter auf die Skipiste. Sein Wunsch ist, dass die Forschung und Entwicklung zum Beispiel von noch effektiveren Insulinpumpen schneller vorankommt, damit „die Auswirkungen des Diabetes auf meinen Alltag so gering wie möglich werden.“

PFLEGE

DIABETES-PFLEGEFACHKRÄFTE VERBESSERN VERSORGUNGSQUALITÄT

PATIENTEN PROFITIEREN VON ENGER ZUSAMMENARBEIT

Diabetes-Pflegekräfte sichern mit ihren speziellen medizinischen und pflegerischen Kompetenzen die Qualität der Versorgung und unterstützen das diabetologische Team im interdisziplinären Prozess – zum Wohle der Patienten.

„Ohne diese lieben Menschen hier hätte ich das nie geschafft“, sagt Christa Karber. Die 60-Jährige aus Staufenberg wurde mit Herzrhythmusstörungen und einem Blutzuckerspiegel von 450 mg/dl in das Agaplesion Evangelische Krankenhaus Mittelhessen, Gießen, eingewiesen. Die Diagnose war ein Schock: Diabetes Typ 3 bei Cushing-Syndrom. „Ich dachte immer, ich habe nur Hitzewallungen – an Zucker nie“, erinnert sich die Patientin.

Elf Tage blieb sie in der Medizinischen Klinik I Gastroenterologie, Allgemeine Innere und Diabetologie – die stationäre Behandlungseinrichtung für Diabetespatienten, zertifiziert nach den

Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) für Patienten mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes. „Ich habe so vieles lernen müssen“, erzählt Karber.

Ihr zur Seite stand von Beginn an Lars Braun. Der gelernte Krankenpfleger hat 2016 am RED-Institut für medizinische Forschung und Weiterbildung in Oldenburg eine Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG absolviert – gemeinsam mit seiner Kollegin Olga Zorn, die seit zehn Jahren Krankenschwester an der Klinik ist. Die beiden erarbeiteten sich Kenntnisse über Entstehung, Entwicklung und mögliche Folgen des Krankheitsbildes, die Unterschiede der verschiedenen Typen, Risiken, Möglichkeiten der Therapie und Ernährung bei Diabetes sowie vor allem diabetes-assoziiertes Versorgungsmanagement. Sie sind nun im Rahmen ihrer Pfllegetätigkeit für die intensive Betreuung und Überwachung der Diabetespatienten auf der Station zuständig.

Bei den stationären Schulungen durch Doris Rühl, Diabetesberaterin der Klinik, und der Diabetesassistentin Marlies Schulz erlernte die Patientin die Blutzuckerselbstkontrolle, Injektionstechniken, erhielt Ernährungsberatung und Informationen über mögliche Folgeerkrankungen und erfuhr alles über Warnzeichen

einer Unterzuckerung. „Das alles auch umzusetzen, hätte ich ohne Lars nicht hinbekommen“, so Patientin Karber. Die Selbsttherapie wurde durch die Pflegekraft überwacht und unterstützt. Braun zeigte ihr geduldig, wie man den Blutzuckerspiegel misst und die Werte richtig dokumentiert, half beim Spritzen von Insulin, beruhigte sie, erklärte ihr, was sie nun darf und was nicht, beantwortete alle Fragen. „Und Fragen hatte ich am Anfang täglich und habe sie sicherlich mehrmals gestellt“, gibt sie zu. Ungesunde Ernährungsgewohnheiten hat sich die 60-Jährige bereits weitgehend abgewöhnt, aber bei Ketchup wurde sie dennoch schon schwach. „Wie gut, dass ich einen vertrauten Ansprechpartner habe, der mir erklärt, auf was ich zum Beispiel im Restaurant achten muss.“

„Während wir hauptsächlich mit der Beratung und Schulung von Menschen mit Diabetes und ihren Angehörigen beschäftigt sind, bleiben die Diabetes-Pflegefachkräfte weiter in der Pflege tätig“, erzählt Rühl. Sie können dort mit ihrer Kompetenz die pflegespezifischen Aspekte der Patienten viel besser beachten, einschätzen, kommunizieren und angemessene pflegerische Maßnahmen einleiten und begleiten. „Lars Braun und Olga Zorn sind täglich nah bei den Patienten, versorgen sie, sehen dabei auch, wer



Olga Zorn und Lars Braun beraten die an Diabetes erkrankte Patientin Christa Karber.

wann etwas weniger gegessen oder mal Kekse aus der Schublade genascht hat.“ Diabetologisch geschult erkennen sie Pflegerisiken viel eher, sehen Warnzeichen für beispielsweise Hypoglykämien wie Schwitzen, Zittern, Herzrasen oder auch innere Unruhe und Wesensveränderungen eher. Umso schneller kann dagegen vorgegangen werden. „In Rücksprache mit dem gesamten Team können Therapie und Pflegeplanung gezielter und vor allem am besonderen Bedarf der Diabetespatienten ausgerichtet werden.“ Im Rahmen eines fachdiabetologischen Konsils aus Ärzten, Pflegern und Beratern werden sowohl die Behandlung als auch der Beratungs- und Schulungsbedarf des Patienten ermittelt. Braun und Zorn sind dabei unverzichtbare Vermittler. Diese „wertvolle Verknüpfung“ möchte Rühl nicht mehr missen.

Im Gießener Krankenhaus hat jeder dritte Patient Diabetes. „Daher ist es von großem Vorteil, dass die beiden derart qualifiziert eingesetzt werden können“, bestätigt Rühl. Auch andere Krankenschwestern und Pfleger fragen die beiden um Rat, nutzen ihre Kompetenzen und die „kurzen Wege“ gern.

Chefarzt Dr. med. Henning Schnell-Kretschmer betont: „In Kliniken fehlt es oft an einer leitliniengerechten diabeto-

logischen Betreuung in der Pflege. Bei Menschen mit Diabetes sind andere therapeutische und pflegerische Interventionen als bei nicht Betroffenen erforderlich. Durch die Kompetenzen unserer beiden Diabetes-Pflegefachkräfte wird die Versorgungsqualität der Klinik ständig verbessert.“ Der Diabetologe schätzt ihr Wissen hoch ein und ergänzt: „Durch die Vernetzung von Pflege und Beratung geht alles schneller, organisierter zu.“ Der Austausch zwischen den Pflegefachkräften und den Ärzten sei direkter, die interdisziplinäre Kommunikation effektiver. Es sei möglich, frühzeitiger und gezielter zu reagieren. „Da wir mehr wissen, reflektieren wir auch mehr, können uns in die Patienten besser hineinversetzen. Hand in Hand mit den Experten – das kommt vor allen den

Patienten zugute“, ergänzt Zorn. „Der wahre Erfolg für unsere Diabetespatienten in der stationären Versorgung liegt in der Verknüpfung zwischen Diabetes-Team und Pflege“, so Rühl.

„Die Zahl der Patienten mit Diabetes steigt. So auch der Bedarf an spezialisiertem Fachpersonal“, sagt Schnell-Kretschmer. Im kommenden Jahr werden daher mindestens zwei weitere Mitarbeiter des Evangelischen Krankenhauses die Fortbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft absolvieren.

Christa Karber wird auch zukünftig zu den ambulanten Gruppenschulungen in die Klinik kommen, aber auch, um ihren „professionellen Lieblingspfleger“ zu sehen.



Ein starkes Diabetes-Behandlungsteam am Agaplesion Evangelischen Krankenhaus Mittelhessen (v.l.): Henning Schnell-Kretschmer, Lars Braun, Doris Rühl und Olga Zorn

DIE DDG: EINE POLITISCHE FACHGESELLSCHAFT?

DIRK MÜLLER-WIELAND

Wissenschaftliche Fachgesellschaften werden traditionell von der akademischen Trias Forschung, Lehre und Klinik geprägt. Berufspolitik wird sinnvollerweise durch die entsprechenden Berufsverbände wahrgenommen. Neue gesundheits- und wissenschaftspolitische Entscheidungen mit Veränderungen von Rahmenbedingungen unseres „diabetologischen Umfeldes“ fordern allerdings eine aktive Positionierung und Mitgestaltung durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften; auch die Politik erwartet, dass wir uns als wissenschaftliche Fachgesellschaften „zu erkennen“ geben. Daher ist eine „vierte Säule“ neben Forschung, Lehre und Klinik die politische Verantwortung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, sich für die Umsetzung unserer Erkenntnisse in die Patientenversorgung einzubringen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prägt unsere Handlungsfelder. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) reguliert mithilfe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und bald auch des AIS (Arzt-Informationssystem), ob und welche neuen Medikamente den Patienten erreichen. Die stationäre und transsektorale Versorgung wird nicht nur durch DMPs, sondern nun auch durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geregelt. Zuständigkeiten für technische Produkte, wie beispielsweise CGM/FGM etc., liegen ebenfalls beim G-BA. Themen, die mittel- und langfristig die Versorgung, Forschung und damit auch unseren Nachwuchs betreffen, sind unter anderem Digitalisierung und Ökonomisierung in der Medizin. Ein weiteres „brennendes“ Thema, das die Politik regeln muss, sind die Umsetzung eines Nationalen Diabetesplans und strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention.

Aus diesen Gründen hat sich die DDG in den letzten Jahren neu aufgestellt und bringt sich mithilfe vieler Mitglieder aktiv in diese Themen ein, einige Beispiele werden im Folgenden aufgeführt:

Die Wissenschaft identifiziert über die Erforschung pathogenetischer Zusammenhänge neue Zielstrukturen zur möglichen medikamentösen Beeinflussung. Die Entwicklung neuer Medikamente mit dem entsprechenden Studienprogramm liegt fast allein bei den forschenden pharmazeutischen Unternehmen. Über den Nutzen sowie die Sicherheit eines neuen Medikaments und damit die Zulassung entscheidet das Bundesinstitut für

Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Nutzenbewertung im Rahmen des AMNOG soll Effekte auf Mortalität, Morbidität, Nebenwirkungen und Patientenrelevanz beurteilen, um anschließende Preisverhandlungen im Sinne

unserer Solidargemeinschaft vorzubereiten. Hierbei sind die wissenschaftlichen Fachgesellschaften nicht strukturiert eingebunden, sodass dies eine Forderung der DDG (siehe Stellungnahmen auf der Homepage) auch im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist. Hierzu bringt sich die DDG kontinuierlich aktiv mit Vorschlägen und vielen Gesprächen bei den unterschiedlichen Akteuren ein. Wissenschaftliche Fachgesellschaften müssen mit dafür Sorge tragen, dass der medizinische Standard und neue Erkenntnisse unsere Patienten auch in Zukunft erreichen.

Auch die Politik erwartet, dass wir uns als wissenschaftliche Fachgesellschaften „zu erkennen“ geben.



Digitalisierung und Ökonomisierung werden die Medizin von morgen inhaltlich und strukturell verändern. Die DDG greift dieses Thema aktiv auf. Im Rahmen des Programms „Diabetologie 2025“ hat sie hierzu eine Task Force „Digitalisierung“ gegründet. Möglichkeiten der Digitalisierung für die Gestaltung einer dem Menschen zugewandten Medizin sollte unsere Leitidee bei diesem Thema sein, die wir mitgestalten wollen. Ängste vor diesen neuen Entwicklungen müssen wir durch gemeinsame Gestaltung abwenden. Dies betrifft neben neuen Themen in Forschung und Lehre aber nicht nur Standards für Apps, sondern auch Veränderungen in der ärztlichen Kommunikation mit dem Patienten, neue Versorgungs- und auch Abrechnungsmodelle, Schulung und technische Vernetzungsmöglichkeiten inklusive Themen der Datensicherheit und -hoheit.

Das Thema Ökonomisierung wird in enger Zusammenarbeit mit der DGIM gestaltet und Datenerhebungen zur stationären und ambulanten Versorgung sowie zur strukturellen Abbildung der Diabetologie in Krankenhäusern laufen bereits. Ergebnisse dieser Projekte werden auch helfen, politische Forderungen zu begründen und sachgerecht zu formulieren. Die strukturelle Perspektive unseres Fachs bestimmt wesentlich die Entwicklung beim Nachwuchs. Das heißt, dass diese Themen und Projekte wesentlich für eine nachhaltige Zukunftssicherung der Diabetologie sind.

Das Risiko der Manifestation eines Diabetes zu reduzieren („verhindern“) ist ein Kernanliegen der DDG. Daher bringt sich die DDG intensiv in den politischen Diskurs ein, um Maßnahmen der Verhältnisprävention zu schaffen (beispielsweise Reduzierung von adipogenen Lebensmitteln – viel Energie und wenig Sättigung –, durch Kostenerhöhung – „Steuer“ – und Sicherstellung der körperlichen Aktivität in der Schule etc.). Dies betreibt die DDG federführend im Verbund mit 19 anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Organisationen im Rahmen der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK).

Die DDG muss sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft einbringen in die wissenschaftsbasierte Zukunftsgestaltung unseres Fachs. Zu diesem Zweck müssen wir unsere Positionen weiterhin sichtbar machen und Gehör finden. Hierbei sind wir auf einem guten Weg und manch Politiker formuliert: „Diabetes ist in Berlin angekommen.“ Nun müssen wir gemeinsam dafür sorgen, dass dies im Kopf der Berliner Politiker präsent bleibt.

POLITISCHE FORDERUNGEN FÜR DAS WAHLJAHR 2017:

- Umsetzung des Nationalen Diabetesplans inklusive seiner Forderungen zur Umstrukturierung der Mehrwertsteuer, um gesunde Lebensmittel zu entlasten/verbilligen und adipogene Lebensmittel zu belasten/verteuern.
- Stärkung der Selbsthilfe und stimmberechtigte Einbindung Betroffener beim AMNOG-Prozess inklusive des Bewertungsendpunktes „Patientenrelevanz“.
- Strukturierte Einbindung und Anerkennung wissenschaftlicher Fachgesellschaften (DDG) bei der Definition des „medizinischen Standards“ nach SGB V durch den G-BA.
- Fortführung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) mit Forderung an den Bund zu Auf- und Ausbau auch klinischer Lehrstühle für Diabetologie durch die Länder.
- Gewährleistung der Qualifikation Zusatzweiterbildung Diabetologie auf facharztäquivalentem Niveau (Definition durch DDG zusammen mit DGE und DGIM) durch die Bundesärztekammer via die Landesärztekammern.
- Adäquate Vergütung der „sprechenden Medizin“ im ambulanten und stationären Sektor.
- Gewährleistung und Ausbau des „Sicherstellungsauftrags“ der Politik für eine flächendeckende, transsektorale und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Millionen von Betroffenen mit Diabetes.

Der Autor ist Vizepräsident und Mediensprecher der DDG.

PRÄVENTION

VOM LEBEN IM SCHLARAFFENLAND

POLITIKSTRATEGIEN GEGEN ÜBERGEWICHT UND ZIVILISATIONS-
KRANKHEITEN: WIE SINNVOLL SIND POLITISCHE VORGABEN?

DIETRICH GARLICH

Wir leben im Schlaraffenland, fast so wie es Hans Sachs in seinem berühmten Gedicht 1530 beschreibt: Nahrung und Genuss im Überfluss. Das hat Folgen: Übergewicht und Adipositas sind heutzutage das größte Gesundheitsrisiko weltweit. Weltgesundheitsorganisation und OECD sprechen von einer globalen „Adipositas-Krise“. Daher empfiehlt die WHO seit Jahren den Übergang von einer Verhaltens- zu einer Verhältnisprävention.

Nahrung wird industriell produziert, mit großem Werbeaufwand vermarktet und ist als Fast Food, Convenience-Gerichte und Snacks rund um die Uhr verfügbar. Wenig körperliche Aktivität bei hoher Kalorienaufnahme – das ist der zentrale Faktor für Übergewicht und der entscheidende Treiber für die Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes, verschiedene Krebsarten und Gelenkerkrankungen. Gesellschaftliche Stigmatisierung und psychische Leiden kommen hinzu. In Deutschland sind nach Untersuchungen des Robert Koch-Instituts über die Hälfte der Menschen übergewichtig, nämlich zwei Drittel der Männer und gut die Hälfte der Frauen. 25 Prozent der Bevölkerung sind sogar adipös.

IST JEDER SEINES GLÜCKES SCHMIED?

Lange Zeit hat die Politik dem Einzelnen die Verantwortung für das Vermeiden von Übergewicht zugeschoben. Aber es hat nicht funktioniert, an das Gewissen

zu appellieren. Vieles hat die Politik schon ausprobiert. So wurde 2008 der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ vom Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft und dem Bundesminister für Gesundheit auf den Weg gebracht. Bereits 2004 gründete die damalige Verbraucherministerin Renate Künast die Plattform Ernährung und Bewegung (peb). peb sollte eine nationale Plattform für den Dialog und die Vernetzung von gesellschaftlichen Akteuren, Kompetenzen und Informationen für ausgewogene Ernährung und mehr Bewegung bei Kindern und Jugendlichen werden. Inzwischen hat sich der Charakter von peb stark gewandelt. Das Gesundheitsministerium hat sich aus peb zurückgezogen. Mitglieder sind inzwischen zahlreiche Vertreter der Ernährungsindustrie. Coca-Cola, Ferrero, Nestlé und Co mischen bei peb munter mit.

2007 hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Auftrag des

Bundeslandwirtschaftsministeriums Qualitätsstandards für Schulumahlzeiten herausgegeben. Nur: Die Politik – in diesem Fall konkret die Kultusministerien der Länder – scheut sich offenbar, diese DGE-Standards auch verbindlich zu machen. Eine aktuelle Umfrage der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) brachte zutage: Mit Ausnahme des Saarlandes und Berlins „zählen“ die DGE-Empfehlungen nicht. Die 14 anderen Länder planen nicht einmal die Einführung, sondern schieben die Verantwortung auf Schulträger und Schulen ab.

2015 hat der Bundestag das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)“ verabschiedet. Mit ganzen sieben Euro für jeden Versicherten sollen die Krankenkassen Gesundheitskurse in Kitas, Schulen und Betrieben finanzieren. Das hört sich bekannt an. Verhaltensweisen sollen geändert werden, das hat schon bisher nicht funktioniert.

EIN NEUER ANSATZ DER POLITIK?

Jetzt hat der Landwirtschaftsminister eine „Strategie zur Reduktion von Salz, Zucker und Fett“ angekündigt. Das Ministerium will herausfinden, wie viel Salz, Zucker und Fett die Menschen hierzulande zu sich nehmen, dann sollen zusammen mit der Lebensmittelindustrie Reduktionsziele erarbeitet werden. Ist mehr Wissen hierfür nötig? Wohl kaum, das Thema wird international seit Jahren intensiv untersucht und diskutiert. 9.000 Studien hat die WHO ausgewertet, bevor sie 2015 ihre Empfehlung zu dem Thema gab. Also wohl doch eher eine Taktik, die Dinge zu verzögern und sich vor Entscheidungen zu drücken.

GEGENSTEUERN MIT STEUERN?

Seit dem UN-Gipfel zu den nichtübertragbaren Krankheiten 2011 hat eine Vielzahl von Ländern Zucker-Fett-Salz-Steuer oder Elemente davon eingeführt, um das Verbraucherverhalten günstig zu beeinflussen. Und wenn Landwirtschaftsminister Christian Schmidt von einer „Strafsteuer auf Lebensmittel“ spricht und behauptet, das sei der falsche Weg, muss man ihm Fakten vorhalten: In Mexiko, Frankreich und Finnland ging der Konsum gezuckerter Getränke nach Einführung einer entsprechenden Steuer zurück und parallel stieg der Verbrauch nichtgezuckerter Getränke. In Ungarn änderten 40 Prozent der Hersteller ihre Rezepturen. Von ihnen entfernten 30 Prozent die besteuerten Zutaten komplett, 70 Prozent verringerten den Anteil.

Für Deutschland bietet sich eine Umstrukturierung der Mehrwertsteuer an. Für gesunde Lebensmittel würde sie gestrichen, für adipogene Lebensmittel dagegen von 7 Prozent auf den vollen Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent erhöht. Nach überschlägigen Berechnungen würde dadurch insgesamt keine höhere Steuerbelastung entstehen.



Das Leben im Schlaraffenland ist nur vordergründig wünschenswert. Pieter Bruegel der Ältere, um 1567.

EINE NACHHALTIGE POLITIKSTRATEGIE

Auch wenn die Zucker-Fett-Salz-Steuer ein besonders wirksames Instrument sein könnte, um eine gesunde Ernährung zu fördern, ist sie nur ein Baustein einer umfassenden Strategie. Vier Punkte hat DANK entwickelt, um eine Wende in der Prävention von Übergewicht und Zivilisationskrankheiten einzuleiten. Hinzukommen sollten gezielte Maßnahmen, die möglichst früh im Kindesalter eine gesunde Lebensweise fördern. Dazu gehören täglich mindestens eine Stunde Bewegung oder Sport in Kita und Schule, verbindliche Qualitätsstandards für Kita- und Schulverpflegung und ein Verbot von Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel, die sich an Kinder richtet. Diese Maßnahmen sind nachhaltig, also das Gegenteil der vorherrschenden Projektitis zeitlich begrenzter Projekte, und sie erreichen alle Bevölkerungsgruppen, auch die bildungsfernen Schichten.

OHNE VERHÄLTNIS-PRÄVENTION VERGRÖßERT SICH DIE SOZIALE KLUFF

Solange die deutsche Politik den Paradigmenwechsel zu einer wirkungsvollen Präventionspolitik nicht vollzieht, wird sie auch die extreme soziale Ungleichheit der Chancen auf ein gesundes Leben nicht verändern. Diese drückt sich nicht nur in einem mehrfach erhöhten Risiko von bildungsfernen Schichten für die modernen Zivilisationskrankheiten aus, sondern besonders dramatisch in der Kluft der Lebenserwartung zwischen den sozialen Schichten. Diese Kluft beträgt zwischen den oberen 20 Prozent der Bevölkerung und den unteren 20 Prozent etwa zehn Lebensjahre. Das ist ein gesellschaftspolitischer Skandal. Und wer hier allein auf den Appell an die Verantwortung des Einzelnen baut, verkennt die Ursachen oder ist zynisch.

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

WÜRDIGUNG

EHRUNGEN UND PREISE 2016



Paul-Langerhans-Medaille
Emmanuel Van Obberghen,
Nizza, Frankreich

In Jahr 2016 verlieh die DDG ihre höchste Auszeichnung, die Paul-Langerhans-Medaille, an Professor Emmanuel Van Obberghen aus Nizza, Frankreich. Emmanuel Van Obberghen ist Direktor der Forschungsabteilung und Professor für Biochemie an der Medizinischen Fakultät der Universität Nizza-Sophia Antipolis sowie Leiter des Teams Alterungsprozesse und Diabetes am Institut für Krebs- und Alterungsforschung, Nizza (IRCAN).

Seine herausragenden wissenschaftlichen Errungenschaften haben den Bereich der Insulinaktivität und -ausschüttung außerordentlich beeinflusst und damit zu bedeutenden Fortschritten hinsichtlich grundlegender Aspekte des Stoffwechsels und der Diabetes-Pathophysiologie geführt.



Hellmut-Otto-Medaille
Professor Dr. med. Ute Schäfer-
Graf, Berlin

Die Leiterin des Berliner Diabeteszentrums für Schwangere und Oberärztin an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des St. Joseph Krankenhauses, Professor Dr. Ute Schäfer-Graf, wurde 2016 von der DDG mit der Hellmut-Otto-Medaille für ihre Verdienste als Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft ausgezeichnet.

Professor Schäfer-Graf engagiert sich seit 1992 in der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG. Als langjähriges Mitglied ist sie federführend an der Erstellung der Diagnose und Behandlungsstandards für Schwangere mit Diabetes beteiligt. Wegen ihres außerordentlichen Engagements wird sie im Andenken an den verstorbenen Bremer Diabetologen Hellmut Otto geehrt.



Gerhardt-Katsch-Medaille
Dr. med. Peter Zimmer,
Ingolstadt

Im Andenken an einen der wichtigsten Begründer der Diabetologie, den Internisten Gerhardt Katsch, ehrt die Deutsche Diabetes Gesellschaft mit der nach ihm benannten Medaille seit 1979 Persönlichkeiten, die sich in der Laienarbeit besonders verdient gemacht haben. 2016 wurde Dr. Peter Zimmer mit dieser Medaille der DDG geehrt. Damit würdigt die Fachgesellschaft seinen besonderen Einsatz in der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport, der Initiierung und 20-jährigen Betreuung des „Arzt-Patienten-Seminars“ sowie seine sehr großen Verdienste für die Deutsche Diabetes Gesellschaft.

Das von ihm initiierte „Arzt-Patienten-Seminar (APS)“ feierte im Jahr 2015 20-jähriges Bestehen. Seine langjährige Erfahrung mit dem APS sowie in der Betreuung von Patienten im Rehasport legten unter anderem auch den Grundstein zur Entstehung der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport der DDG. Als ihr Vorsitzender arbeitet er seit 2002 auch an der Leitlinie Diabetes und Sport mit.



Werner-Creutzfeldt-Preis
Prof. Dr. rer. nat. Annette Schür-
mann, Potsdam-Rehbrücke

Für ihre herausragenden Arbeiten auf dem Gebiet der Genetik des Diabetes mellitus Typ 2 in Nagetier-Modellen, wichtiger G-Proteine in der Stoffwechselregulation und der Regulation des zellulären Glukosetransports wird Professor Dr. rer. nat. Annette Schürmann mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis 2016 geehrt. Der mit 10.000 Euro dotierte und von Lilly Deutschland GmbH 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. rer. nat. Simone
Baltrusch, Rostock

Die DDG zeichnete Professor Dr. Simone Baltrusch vom Institut für medizinische Biochemie und Molekularbiologie der Universitätsmedizin der Universität Rostock mit dem Ferdinand-Bertram-Preis aus. Sie erhält diesen Preis für ihre wegweisenden und innovativen Arbeiten zur beta-Zell-Funktion und zur besonderen Rolle der Glucokinase, der Mitochondrien und des intrazellulären Transports von Sekretgranula.

Simone Baltrusch arbeitet in Rostock, wo sie als Universitätsprofessorin am Institut für Medizinische Biochemie und Molekularbiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock tätig ist.

Der mit 20.000 Euro dotierte Ferdinand-Bertram-Preis wird seit 1963 zu Ehren des 1960 verstorbenen Diabetologen Ferdinand Bertram verliehen und mittlerweile von der Firma Roche Diagnostics GmbH 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 Angiopoietin-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 potenzielle 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. rer. nat. **Gordon B. Feld**,
Tübingen

Der Silvia-King-Preis 2016 der DDG ging an Dr. rer. nat. Gordon B. Feld aus Tübingen. Der Preisträger erhält den von der Familie King gestifteten Förderpreis für seine Arbeiten „Zur Bedeutung zerebraler Insulinrezeptoren für die Beeinflussung von Gedächtnisfunktionen im Schlaf“.

Seit 2014 ist Gordon Feld Postdoktorand am Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie an der Universität Tübingen. Zwischen 2010 und 2013 engagierte sich Gordon Feld in der Deutschen Gesellschaft für Psychophysiologie und ihre Anwendung (DGPA) e.V.; seit 2013 ist er in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) aktiv.

Der Silvia-King-Preis wird an jüngere Wissenschaftler auf dem Gebiet der klinischen Diabetologie verliehen und ist mit 2.600 Euro dotiert.



Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Dr. rer. nat. **Ulf Diekmann**,
Hannover

Die DDG zeichnete 2016 Dr. rer. nat. Ulf Diekmann, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Klinische Biochemie der Medizinischen Hochschule Hannover, mit dem Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2016 aus.

Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf den mechanistischen Grundlagen der Differenzierung in pankreatische Zellen, einer Beteiligung von microRNAs an Differenzierungsprozessen sowie möglichen Strategien zur Aufreinigung reiner Populationen.

Der von der Firma Sanofi-Aventis Deutschland GmbH gestiftete Förderpreis der DDG in Höhe von 10.000 Euro wird deutschsprachigen Doktoranden bis spätestens zwei Jahre nach ihrer Promotion verliehen. Da es in diesem Jahr zwei Preisträger gab, die jeweils 10.000 Euro Preisgeld erhalten sollten, wurde der fehlende Betrag von 10.000 Euro von der DDG aufgestockt.



Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Dr. phil. **Andreas Schmitt**,
Bad Mergentheim

Für seine hervorragenden Arbeiten zur „Grundlagen- und Interventionsforschung bezüglich depressiver Störungen sowie diabetesbezogener Belastungen bei Menschen mit Diabetes“ wird Dr. Andreas Schmitt mit dem Förderpreis der DDG 2016 ausgezeichnet. Andreas Schmitt arbeitet seit 2009 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM) und erforscht dort die Bereiche „Diabetes und Depression“, „Krankheitsakzeptanz“ sowie „Diabetesbezogene Belastungen“.

Der Förderpreis der DDG wird deutschsprachigen Doktoranden bis spätestens zwei Jahre nach ihrer Promotion verliehen. 2016 gab es zwei Preisträger.



Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung
PD Dr. phil. nat. **Christian Herder**,
Düsseldorf

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung wurde an Dr. phil. nat. Christian Herder verliehen. Damit ehrt die DDG seine Arbeit mit dem Titel „Inflammation und oxidativer Stress als Prädiktoren der diabetischen Polyneuropathie“.

Ein wesentlicher Schwerpunkt seiner Forschungen ist die Suche nach Biomarkern im Blut, die ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes und seine Komplikationen frühzeitig anzeigen. Diese Erkenntnisse sollen ein besseres Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen ermöglichen und helfen, das individuelle Erkrankungsrisiko präziser vorherzusagen.

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung ist mit 25.000 Euro dotiert und wird von der Firma Novo Nordisk Pharma GmbH gestiftet.



Hellmut-Mehnert-Projektförderung
Dr. rer. nat. **Bengt-Frederik Belgardt**,
Düsseldorf

Die Hellmut-Mehnert-Projektförderung wurde 2016 an Dr. rer. nat. Bengt-Frederik Belgardt aus Düsseldorf verliehen. Derzeit erforscht der stellvertretende Direktor des Instituts für Betazellbiologie am Deutschen Diabetes-Zentrum Düsseldorf (DDZ) die pathologischen Prozesse und Signalwege sowie deren molekulare Aufklärung von Betazelldefekten. Bengt-Frederik Belgardt überzeugte die Jury mit seinen Arbeiten zu „Dextrorphan-regulierte MicroRNAs als anti-diabetische Mediatoren in pankreatischen Betazellen“.

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



Menarini-Projektförderung
PD Dr. med. **Martin Heni**,
Tübingen

Für seine herausragenden Arbeiten zum Thema „Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Glukagon-Verlauf während eines oralen Glukosetoleranztests und regionaler Gehirnaktivität beim Menschen“ wurde Dr. med. Martin Heni von der Deutschen Diabetes Gesellschaft in diesem Jahr mit der Menarini-Projektförderung ausgezeichnet. Seit 2016 ist Martin Heni Oberarzt an der Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie des Universitätsklinikums Tübingen.

Die mit 15.000 Euro dotierte Anerkennung wird von der Firma Berlin-Chemie AG gestiftet und ist an Forschungsarbeiten geknüpft, die eine besondere Relevanz für die Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus haben.

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 FAHFs 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

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 Subkutatstasche 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 €

10 STRATEGISCHE HANDLUNGSFELDER

Das Strategiepapier Diabetologie 2025 zeigt Wege auf, wie die Diabetesversorgung und -prävention verbessert, der Nachwuchs gewonnen, die Herausforderungen und Chancen der Digitalisierung angenommen, Fort- und Weiterbildung professionalisiert sowie die Selbsthilfe der Betroffenen gestärkt werden können.



ÜBERGABE AUF WIEDERSEHEN UND WILLKOMMEN

DIETRICH GARLICH'S ÜBERGIBT DIE GESCHÄFTSFÜHRUNG AN BARBARA BITZER

ANNE-KATRIN DÖBLER

In den letzten Jahren hat sich bei der DDG viel verändert: Die Geschäftsstelle ist nach Berlin gezogen, die Diabetologie bekam eine politische Interessenvertretung, Auftritt und Positionierung haben sich professionalisiert. Diese Entwicklungen sind eng mit einem Namen verbunden – dem des langjährigen Geschäftsführers Dr. Dietrich Garlichs (69). Ende Juni 2017 übergibt er die Geschäftsführung einer der größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland an seine Nachfolgerin Barbara Bitzer (46). Die Pharmazeutin ist bereits seit 2014 als Referentin für Gesundheitspolitik für die DDG tätig. Dietrich Garlichs hatte sie für die Fachgesellschaft gewonnen, um mit ihr die Arbeit der DDG weiter zu professionalisieren und auszubauen.

Mit ihren Geschäftsführern hat die DDG gleich zweimal Glück: erst mit Dietrich Garlichs, jetzt mit Barbara Bitzer. Genauso sieht es Professor Dr. Baptist Gallwitz, Präsident der DDG, der mit beiden in den zwei zurückliegenden Jahren eng zusammenarbeitete. „Es war ein Glücksfall, dass die DDG 2010 Dietrich Garlichs mit seiner breiten Managementenerfahrung aus Wirtschaft, Politik und öffentlicher Verwaltung gewinnen konnte“, betont er. Mit ihm wurde die 1964 gegründete medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft zur politischen Stimme in Berlin und mit ihnen mittlerweile über 9.000 Mitgliedern zu einer der großen, einflussreichen Organisationen im Gesundheitswesen. „Nun haben wir das Glück, mit Barbara Bitzer die notwendige Kontinuität zu gewährleisten, die wir als stetig wachsende und dynamische Fachgesellschaft benötigen“, so Gallwitz.

Was den Kommunikator Garlichs in besonderer Weise getrieben hat, war die Idee, der DDG eine politische Stimme zu geben. Auch wenn die Entscheidung noch vor seiner Zeit fiel, verwundert es

wenig, dass der Umzug der Geschäftsstelle von Bochum nach Berlin eine seiner ersten Amtshandlungen war. Unter seiner Führung wurde die DDG dann zu einer Organisation, die bei Politik und Öffentlichkeit nicht nur wahrgenommen, sondern auch ernst genommen wird. Das zeigt sich in vielen gesundheitspolitischen Diskussionen, aber auch in der breiten Medienpräsenz, die in den letzten Jahren erheblich ausgebaut werden konnte.

Ein Thema liegt Dietrich Garlichs besonders am Herzen: die Prävention moderner Zivilisationskrankheiten. Mit großem Engagement setzt er sich dafür ein, die Verhältnisprävention in Deutschland voranzubringen. 2010 gründete er daher die „Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)“ – einen Zusammenschluss von 20 medizinischen Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen, deren Sprecher er seitdem ist.

Doch nicht nur das: Der Mann mit viel internationaler Erfahrung und Blick für das große Ganze hat auch eine Liebe fürs Detail. Sein besonderes Faible gehört Fra-

gen der Gestaltung und des Auftritts der Gesellschaft: So führte er für die DDG ein neues Logo ein, etablierte die jährlichen Geschäftsberichte und gab zum 50. Jubiläum der DDG eine Festschrift heraus.

Die Arbeit der DDG wird seit drei Jahren auch von Barbara Bitzer geprägt. Zahlreiche Aktivitäten hat sie zusammen mit Dietrich Garlichs für die DDG und mit dem DDG Vorstand angestoßen. Barbara Bitzer übernimmt am 1. Juli 2017 ein gut bestelltes Haus, an dem sie selbst sorgsam mitgebaut hat. Die Mutter von vier Kindern wird strukturiert und mit Bedacht die wissenschaftlichen, medizinischen und politischen Themen der DDG weiter vorantreiben. Ein besonderes Anliegen ist ihr der Nachwuchs, der für das facettenreiche Fach der Diabetologie heute mehr denn je begeistert werden muss. Das gelingt nur, wenn die Rahmenbedingungen stimmen – und die politische Arbeit der DDG weitergeht. Die Basis dafür ist gelegt.

In diesem Sinne lässt sich nur sagen: Danke, Dietrich Garlichs! Viel Glück, Barbara Bitzer!



Dietrich Garlichs „übergibt“ die DDG an Barbara Bitzer.

3 Fragen an Barbara Bitzer

Was schätzen Sie an Dietrich Garlichs besonders?

Seine Energie, seinen Tatendrang, seine große Aufgeschlossenheit Neuem gegenüber und sein politisches Geschick. Bemerkenswert finde ich sein Engagement im Bereich Prävention von Diabetes und chronischen Krankheiten.

Was wollen Sie in der DDG übernehmen/was ändern?

Dr. Garlichs hat die DDG zu einer aktiven, wissenschaftlich und politisch relevanten Fachgesellschaft entwickelt. Das werde ich fortführen. Weiter voranbringen werde ich die wichtigen Projekte, die wir in enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand initiiert haben, wie beispielsweise die Task Force Diabetologie 2025, das DRG-Projekt und natürlich die Aktivitäten der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Einen neuen Fokus werde ich zudem auf

den Bereich Versorgung setzen. Dazu gehören Themen wie Nachwuchsgewinnung, Versorgungsforschung und Digitalisierung.

Ich übernehme ein kompetentes und motiviertes Team in der Geschäftsstelle. Gemeinsam werden wir für die DDG und für die Menschen mit Diabetes auch in Zukunft viel erreichen.

Was ist aus Ihrer Sicht die größte Herausforderung der Zukunft für die DDG?

Der Bereich Diabetologie wird stark beeinflusst durch neue gesundheits- und wissenschaftspolitische Entscheidungen. Dies erfordert eine klare Positionierung und Mitgestaltung durch wissenschaftliche Fachgesellschaften. Hier die entscheidenden Punkte zum Wohl der Patienten zu identifizieren und sich politisch Gehör zu verschaffen gehört neben Belangen aus Forschung, Lehre und Versorgung zu den großen Herausforderungen der Zukunft.

3 Fragen an Dietrich Garlichs

Was schätzen Sie an Barbara Bitzer besonders?

Ihre vielen Ideen, die DDG weiterzuentwickeln, und ihr großes Engagement. Sie hat erstaunlich schnell die Komplexität einer Fachgesellschaft verstanden. Mit ihrer besonderen Gabe, auf Menschen zuzugehen und ihr Vertrauen zu gewinnen, wirkt sie integrierend und führt auch widerstreitende Interessen zusammen.

Was sollte sie in der DDG unbedingt weiterführen/was ändern?

Die DDG hat in den letzten Jahren einen bemerkenswerten Entwicklungsprozess durchlaufen. Sie hat es geschafft, sowohl in den Medien ein großes Echo zu finden als auch in der Politik auf hohe Aufmerksamkeit zu stoßen. Diesen Weg sollte sie konsequent fortsetzen und dazu den Blick auch über die Diabetologie hinaus richten und sich zu den grundlegenden Problemen unseres Gesundheitswesens äußern.

Was ist aus Ihrer Sicht die größte Herausforderung der Zukunft für die DDG?

In der Öffentlichkeit wird besonders der Streit verschiedener Interessengruppen in der Ärzteschaft wahrgenommen. Dadurch verliert ärztliches Handeln an Vertrauen und stößt vielfach auf Skepsis. Diesem Erosionsprozess muss die DDG entgegenwirken durch glaubwürdige, kritische Positionen, die vom Patienten her gedacht sind und sein Wohl in den Mittelpunkt stellen. Je mehr sie dies tut, desto mehr wird sie in Politik und Öffentlichkeit Gehör finden.

Die Autorin ist seit vielen Jahren für die DDG Medienarbeit zuständig.

BARBARA BITZER

Barbara Bitzer studierte Pharmazie an der Freien Universität in Berlin. Nach der Approbation zur Apothekerin im Jahr 1996 war sie drei Jahre lang in einer Berliner Apotheke tätig, bevor sie sich für eine Aufgabe in der Industrie entschied. 1999 begann sie bei der Novo Nordisk Pharma GmbH im Bereich Diabetes, wo sie seit 2005 als Regionalleiterin tätig war. Sie wechselte im Jahr 2014 als Referentin für Gesundheitspolitik zur DDG, deren Geschäftsführung sie zum 1. Juli 2017 übernimmt.

DIETRICH GARLICH'S

Dietrich Garlichs studierte Politik-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften an den Universitäten Tübingen und Konstanz, bevor er an der Harvard-Universität einen Master in Public Administration abschloss. Nach Stationen in Wissenschaft und Wirtschaft war er fast 20 Jahre Geschäftsführer des Deutschen Komitees für UNICEF. 1996 wurde er zudem Vorstand der von ihm gegründeten UNICEF-Stiftung. Von 2009 bis 2011 hat er als Gründungsgeschäftsführer diabetesDE aufgebaut, bevor er 2010 die Geschäftsführung der DDG übernahm.

DIABETES – WELTWEITE PANDEMIE



Nordamerika und Karibik

44,3 Mio., Prognose 2040: 60,5 Mio.

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%

Mittel- und Südamerika

29,6 Mio., Prognose 2040: 48,8 Mio.

Argentinien 6,2% · Bolivien [Plurinational State of] 6,5% · Brasilien 10,2% · Chile 11,0% · Kolumbien 9,6% · Costa Rica 8,6% · Kuba 12,1% · Dominikanische Republik 8,1% · Ecuador 8,5% · El Salvador 8,8% · Französisch-Guayana 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%

Afrika

14,2 Mio., Prognose 2040: 34,2 Mio.

Angola 3,3% · Benin 0,6% · Botswana 4,0% · Burkina Faso 1,8% · Burundi 2,3% · Cabo Verde 1,9% · Kamerun 5,3% · Zentralafrikanische Republik 5,2% · Chad 4,5% · Komoren 7,5% · Kongo 6,0% · Côte d'Ivoire 1,9% · Demokratische Republik des Kongo 5,3% · Dschibouti 7,4% · Äquatorialguinea 7,0% · Eritrea 3,0% · Ethiopia 2,9% · Gabon 6,8% · Gambia 1,6% · Ghana 1,9% · Guinea 1,9% · Guinea-Bissau 1,9% · Kenia 2,2% · Lesotho 2,9% · Liberia 1,9% · Madagaskar 3,3% · Malawi 2,7% · Mali 1,8% · Mauritania 2,0% · Mosambik 2,3% · Namibia 3,5% · Niger 1,9% · Nigeria 1,9% · Réunion 18,2% · Ruanda 3,5% · Sao Tome und Principe 1,8% · Senegal 1,8% · Seychellen 17,4% · Sierra Leone 1,8% · Somalia 4,4% · Südafrika 7,0% · Südsudan 6,6% · Swasiland 2,8% · Togo 4,0% · Uganda 2,5% · Vereinigte Republik von Tansania 3,5% · Westsahara 2,3% · Zambien 3,1% · Zimbabwe 2,9%

Mittlerer Osten und Nordafrika

35,4 Mio., Prognose 2040: 72,1 Mio.

Afghanistan 6,6% · Algerien 6,8% · Bahrain 15,6% · Ägypten 14,9% · Iran [Islamische Republik von] 8,5% · Irak 7,2% · Jordanien 9,1% · Kuwait 14,3% · Libanon 12,2% · Libyen 9,2% · Marokko

7,7% · Oman 9,9% · Pakistan 6,9% · Qatar 13,5% · Saudi Arabien 17,6% · Staat Palästina 6,5% · Sudan 7,7% · Syrische Arabische Republik 7,0% · Tunesien 9,5% · Vereinigte Arabische Emirate 14,6% · Jemen 3,8%

Europa

59,8 Mio., Prognose 2040: 71,1 Mio.

Albanien 12,0% · Andorra 11,9% · Armenien 7,2% · Österreich 9,5% · Aserbaidschan 6,3% · Belarus 6,5% · Belgien 6,7% · Bosnien und Herzegowina 12,3% · Bulgarien 8,4% · Kanalinseln 5,7% · Kroatien 6,8% · Zypern 10,4% · Tschechische Republik 9,9% · Dänemark 9,9% · Estland 6,0% · Färöer-Inseln 7,4% · Finnland 9,0% · Frankreich 7,4% · Georgien 7,5% · Deutschland 10,6% · Griechenland 7,5% · Ungarn 9,3% · Island 7,6% · Irland 5,3% · Israel 8,5% · Italien 7,9% · Kasachstan 6,2% · Kirgisistan 5,2% · Letland 7,3% · Liechtenstein 8,9% · Litauen 5,5% · Luxemburg 5,7% · Malta 13,9% · Monaco 8,1% · Montenegro 12,8% · Niederlande 7,9% · Norwegen 7,8% · Polen 7,6% · Portugal 13,6% · Moldawien 7,7% · Rumänien 10,6% · Russische Föderation 11,1% · San Marino 9,0% · Serbien 13,2% · Slowakei 9,9% · Slowenien 10,7% · Spanien 10,4% · Schweden 6,3% · Schweiz 7,7% · Tadschikistan 4,5% · Mazedonien 12,0% · Türkei 12,5% · Turkmenistan 5,2% · Ukraine 8,0% · Vereinigtes Königreich 6,2% · Usbekistan 5,2%

Südostasien

78 Mio., Prognose 2040: 140 Mio.

Bangladesch 7,4% · Bhutan 7,9% · Indien 8,7% · Malediven 7,5% · Mauritius 24,3% · Nepal 3,3% · Sri Lanka 8,5%

Westlicher Pazifik

153 Mio., Prognose 2040: 215 Mio.

Australien 6,3% · Brunei Darussalam 12,9% · Kambodscha 2,6% · China 10,6% · China, Hong Kong SAR 10,2% · China, Macao SAR 8,5% · Cookinseln 21,1% · Demokratische Volksrepublik Korea 4,7% · Fidschi 13,4% · Französische Polynesien 19,6% · Guam 19,7% · Indonesien 6,2% · Japan 7,6% · Kiribati 16,3% · Lao Volksdemokratische Republik 2,9% · Malaysia 16,6% · Marshallinseln 21,1% · Mikronesien [Fed. States of] 13,6% · Mongolien 5,1% · Myanmar 6,5% · Nauru 23,8% · Neukaledonien 20,3% · Neuseeland 9,1% · Niue 14,7% · Palau 20,8% · Papua-Neuguinea 12,9% · Philippinen 6,1% · Republik Korea 8,7% · Samoa 7,2% · Singapur 12,8% · Solomoninseln 13,6% · Taiwan 10,0% · Thailand 8,0% · Osttimor 6,3% · Tokelau 29,7% · Tonga 12,6% · Tuvalu 17,0% · Vanuatu 14,4% · Vietnam 5,6%

2016 DAS DDG JAHR IN BILDERN



Dietrich Monstadt (MDB) und Nikolaus Scheper, Vorsitzender des BVND bei der Eröffnung der neuen DDG Geschäftsräume



Singen und swingen – auch der Spaß kam nicht zu kurz auf der Eröffnungsveranstaltung der Herbsttagung.



Pressesprecher und Vizepräsident Dirk Müller-Wieland mit der neuen diabetes zeitung



Kongresspräsident Andreas Hamann (v.l.) mit Erhard Siegel und Nikolaus Marx bei der Pressekonferenz auf dem Diabetes Kongress



Aktive Teilnehmer der 51. Jahrestagung vor dem CityCube in Berlin



Der diabetologische Nachwuchs in spe: die Reiestipendiaten



Dieter Baumann, Erhard Siegel, Andreas Hamann und Baptist Gallwitz vor dem Diabetes Lauf

Austausch der Argumente mit (v.l.) Erwin Horndasch (Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling), Franz Knieps (BKK Dachverband), Dirk Müller-Wieland (DDG), Ralf Heyder (Verband der Universitätsklinika Deutschlands), Ulrich Fölsch (DGIM) und Michael Hennrich (MdB).



Tagungspräsident Klaus Badenhoop und Tagungssekretär Dominik Bergis beim Messerundgang



Edgar Franke (MdB) und Barbara Bitzer im Team



Ehrungen und Auszeichnungen: die Preisträger der DDG Medienpreise 2016

Politik lebt vom Diskurs: DDG Präsident Baptist Gallwitz und Teilnehmer der Podiumsdiskussion.



Herbsttagung: gut besuchte Symposien und interessierte Teilnehmer



Mitgliedergewinnung und Nachwuchsförderung: Präsident und Geschäftsführer schlüpfen dafür in jede Rolle. Mehr dazu auf www.youtube.com/user/DiabetesGesellschaft.



Dietrich Garlichs und Renate Künast fordern gemeinsam die bundesweite Einführung der DGE-Qualitätsstandards beim Kita- und Schulesen.

DRG-InEK

„LEISTUNG MUSS SICH LOHNEN“ – DAS DRG-SYSTEM MODIFIZIEREN

ERSTE ERFOLGE DES DRG-PROJEKTS DER DDG

ERHARD SIEGEL

Die DDG hat sich zum Ziel gesetzt, die Abbildung diabetologischer Leistungen im System German Diagnosis Related Groups, kurz DRG-System, langfristig zu verbessern. Gelingen kann das nur durch eine qualifizierte Bedienung des InEK-Vorschlagsverfahrens, die Bereitstellung von Vergleichszahlen, durch eine Verbesserung der Kostendaten und durch eine optimierte Abbildung der Leistungen. Mitte 2015 begann das DRG-Projekt der DDG. Zurzeit stellen 17 Krankenhäuser ihre Daten zur Verfügung. Wünschenswert wäre, wenn es mindestens 20 wären! Erste Erfolge des DRG-Projekts zeigen sich bei der verbesserten Vergütung der Komplexbehandlung von Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes.

Vor 13 Jahren etablierte die Politik die Fallpauschale für das Abrechnungssystem erbrachter Behandlungsleistungen in deutschen Kliniken. Gemäß § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Grundlage bildet das G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups System), wodurch jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet wird. Nicht Liegezeiten wie bislang, sondern Leistungen sollten flächendeckend vergleichbar vergütet werden. Aber wir wissen, dass diabetologische Leistungen im Krankenhaus wie beispielsweise Beratungsleistungen, Insulindosisanpassung oder Konsildienste

nicht adäquat abgebildet werden. Über die Fallpauschale werden sie nicht vergütet.

Aus diesem Grund startete die DDG Mitte 2015 zusammen mit der Firma inspiring-health ein DRG-Projekt. Denn eines ist klar: Wer etwas ändern will, muss etwas tun. Im konkreten Fall heißt das, in den Dialog treten mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das die DRG-Relativgewichte fortlaufend anpasst.

WER IST DAS InEK? WER IST DAS DIMDI?

Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems des DRG haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung, an das InEK GmbH als deutsches DRG-Institut übertragen. Das DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) gibt die Klassifikation zur Kodierung von Diagnosen und Operationen heraus.

Für die DDG erarbeitet die DRG-Projektgruppe vier Ziele:

- Qualifizierte Vorschläge für DIMDI und das InEK (ICD, OPS- und DRG-Anträge)
- Bereitstellung von Vergleichszahlen
- Verbesserung der Kostendaten und damit der InEK-Kalkulation
- Eine optimierte Abbildung von Leistungen in den DRG

Ziel der Kostenbenchmark ist es, die Personal- und Sachkosten der einzelnen Abteilungen mit anderen Einrichtungen zu vergleichen und Auffälligkeiten offenzulegen. Um Anträge in den Bewertungsprozess der Klinikfallpauschalen einbringen zu können, schicken die am Projekt beteiligten Krankenhäuser die Datensätze, die sie auch ans Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) liefern, an die Mitarbeiter im DDG DRG-Projekt. Eine Kostenbenchmark wird erstellt, das heißt, die Personal- und Sachkosten der einzelnen Abteilungen werden mit anderen Einrichtungen verglichen. Die teilnehmenden Kliniken

erhalten dann diese Informationen, damit sie Abweichungen in ihren Daten identifizieren und im Folgejahr korrigieren können.

Aus den realen Fällen und den öffentlich verfügbaren Daten von InEK und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wird eine medizinökonomische Datenbank aufgebaut. Hiermit werden Fallkonstellationen nachgerechnet, die Mitglieder der DDG oder Controller der Häuser als nicht sachgerecht finanziert empfinden. Das heißt: Wir prüfen, wie sich die diabetologischen Leistungen in der DRG-Kalkulation abbilden. Wenn wir in den Projektdaten eine signifikante Unterfinanzierung entdecken, stellen wir beim InEK einen Antrag auf Neueingruppierung. Das InEK rechnet diese Vorschläge mit den Daten aller Kalkulationshäuser nach. Bestätigt sich die Unterfinanzierung, setzt es unsere Vorschläge um.

Wenn ein Kostenunterschied klinisch zu erwarten ist, sich aber nicht in den Daten widerspiegelt, prüft die DRG-Gruppe der DDG, ob nicht eine bessere Abbildung im Prozedurenkatalog möglich ist. In dem Fall stellt die DDG einen Antrag beim DIMDI, das für die Klassifikationserweiterung bei Diagnosen und Prozeduren verantwortlich ist.

KORREKTE KODIERUNG UND KOSTENZUWEISUNG SIND WICHTIG

Die DRG-Kalkulation des InEK basiert allein auf der Datenlage. Diese wiederum hängt von der korrekten Kodierung und Kostenzuweisung ab.

Die Kostenzuordnung erfolgt durch das Finanzcontrolling. Dort fehlt oft das Know-how der Fachabteilung. Kümmert sich diese nicht um eine korrekte Abbildung der Leistungen, ist die Kalkulationsbasis schlecht. Das DDG Projekt macht transparent, wie kodiert, Kosten alloziiert und was verbessert werden kann. Ohne solche Hinweise ist auch das InEK nur eingeschränkt in der Lage, neue Entwicklungen im Behandlungsprozess in der Vergütung richtig zu berücksichtigen.

ERLÖSSTEIGERUNG FÜR DIABETOLOGISCHE FACHABTEILUNGEN

Die Erlössteigerungen für die Fachabteilungen wirken sich bereits deutlich aus – sowohl für 2016 als auch 2017. Zum Beispiel wurde die Behandlung von Diabetespatienten mit Koma aufgewertet – um 456,85 Euro pro Fall. Bezogen auf alle Fälle mit Koma als Hauptdiagnose in den DRGs K60D und K60E entspricht das einem Plus von 770.000 Euro. Damit können Stellen in der Diabetologie erhalten werden.

HANDLUNGSFELDER

Die ersten Erfolge zeigen, dass Veränderungen gezielt möglich sind. Es gibt jedoch Handlungsfelder: Die Verbesserung der Vergütung des Komplexcodes bei Erwachsenen wurde vom

InEK für 2017 abgelehnt. Grund: Es gibt keine entsprechenden Kostendaten in den Kalkulationshäusern. Unsere Analyse der Projekthäuser zeigt sogar, dass der Komplexcode bei Erwachsenen gar nicht (mehr) codiert wird. Auch der normalen Basis-Schulung werden nur selten sachgerecht Kosten zugewiesen. Zur Verbesserung stellt die DDG den Projektteilnehmern Hausberichte mit entsprechenden Hinweisen zur Verfügung.

MEHR KLINIKEN IN DAS DRG-PROJEKT EINBEZIEHEN

Mithilfe der Daten der 17 beteiligten Kliniken haben wir bislang gute Anhaltspunkte für das Vorschlagsverfahren bekommen und schon sehr schöne erste Erfolge erzielt. Jetzt ist es aber wichtig, dass noch mehr Krankenhäuser mitmachen, denn nur so können wir langfristig die Kostenkalkulation beeinflussen.

Für die jeweilige Klinik ergeben sich durch die Teilnahme einige Vorteile:

- Transparente Rückmeldungen zu den Daten der eigenen Klinik/Fachabteilung, Hinweise für das Controlling, wo die Kostenrechnung ggf. optimiert werden kann
- Kostenvergleich zur Position der Diabetologie im Vergleich mit allen anderen kalkulierenden Krankenhäusern
- Verbesserung des Know-hows und der Daten zum Thema G-DRG
- Vertiefte Einsicht in die eigenen Daten

Wir haben es in der Hand: Wenn wir – also die stationäre Diabetologie – die Daten für eine sachgerechte Kalkulation liefern, können wir die DRGs nicht nur auf den Prüfstand heben, sondern auch verändern. Daher mein Appell: Unterstützen Sie das DRG-Projekt der DDG durch Ihre Teilnahme!

ERSTE ERFOLGE DES DRG-PROJEKTS FÜR DIE ABRECHNUNG IN 2016

- Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter unter 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (K60 A):
Relativgewicht + 0,211 = 698,83 € pro Fall*
- Komplexbehandlung von Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes im Alter von 16 bis 17 Jahren:
Relativgewicht + 0,614 = + 2.033,56 € pro Fall*

* Zugrunde liegender Basisfall 2016: 3.311,98 €

Der Autor ist Past Präsident der DDG und Leiter des DDG DRG-Projekts

INNOVATIONEN

NEUES AUS DER DIABETESWELT



Amputation reduzieren Zweitmeinung beim Diabetischen Fußsyndrom

Etwa zwei Drittel aller Amputationen in Deutschland werden bei Menschen mit Diabetes durchgeführt. Das sind 40.000 bis 50.000 Amputationen pro Jahr – viel zu viel, so die AG Diabetischer Fuß der DDG. Häufig erfolgen Amputationen bei Menschen mit Diabetes zu früh, ohne dass konservative oder gefäßrekonstruierende Verfahren voll ausgeschöpft werden. Es fehlen oft auch eine klare Indikationsstellung und eine vorherige interdisziplinäre Entscheidung einer zertifizierten, stationären und ambulanten Fußbehandlungseinrichtung.

Die AG Fuß der DDG begrüßt grundsätzlich die Zweitmeinung und fordert diese sogar für Major-Amputationen. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet das 2015 verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. § 27b räumt erstmals die Option auf eine Zweitmeinung für bestimmte Indikationen ein. Amputationen können durch das Einholen einer qualifizierten Zweitmeinung abgesichert und ggf. auch verhindert werden.

Weitere Informationen unter:
www.ag-fuss-ddg.de



Blutzuckermessen rund um die Uhr Kassen zahlen jetzt CGM-Systeme

Mit einem CGM-System bleibt Patienten, die eine intensivierete Insulintherapie benötigen, das häufige Blutzuckermessen erspart. Ein Sensor in der Haut übernimmt das Blutzuckermessen im Gewebe und das kontinuierlich. Der Patient kann den aktuellen Stand und die Tendenz auf einem kleinen Gerät ablesen. Unterzuckerungen lassen sich so leichter vermeiden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss im Juni 2016, dass das kontinuierliche Glukosemesssystem (CGM) zukünftig als Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden soll. Das Bundesgesundheitsministerium stimmte im September diesem Beschluss zu. Damit gilt: CGM ist eine Kassenleistung. Für viele Menschen mit Typ-1-Diabetes bedeutet das mehr Sicherheit und eine höhere Lebensqualität.



Wechselspiel: Insulin und Zyklus App für Typ-1- Diabetespatientinnen

Wie sich der Menstruationszyklus auf die Insulinempfindlichkeit auswirkt, haben zwei Teenager aus Augsburg erforscht. Die Schwestern Sara-Luisa und Anja-Sophia Reh werteten über mehrere Monate die Blutzuckerwerte und Insulingaben von Anja-Sophia aus, die bereits als Kleinkind an Typ-1-Diabetes erkrankt ist. Das Ergebnis: In der ersten Hälfte des Zyklus bis zum Eisprung steigt die Wirksamkeit des Insulins im Körper an, danach sinkt sie wieder. Aus den gemessenen Werten entwickelten die beiden – auf der Basis einer mathematischen Formel – eine Handy-App für Diabetikerinnen. Auf Grundlage der persönlichen Daten, die zunächst in der App eingegeben werden müssen, errechnet das Programm jeden Tag, ob die Patientin die Insulindosis senken oder erhöhen sollte. Anja-Sophia hat dank der App stabilere Blutzuckerwerte und kann starke Schwankungen vermeiden. Die Schwestern sind für dieses Projekt mit dem ersten Preis in Biologie des Wettbewerbs Jugend forscht ausgezeichnet. Noch ist die App nicht „marktreif“ – aber die Schwestern arbeiten daran.



Sport als Teil der Therapie „Weekend Warriors“ trainieren kompakt

Zu den Therapieempfehlungen für Typ-2-Diabetespatienten mit Übergewicht zählt unter anderem Sport. Viele Studien zeigen die positiven Effekte, vor allem auch für das Herz-Kreislauf-System. Dass man nicht mehrmals in der Woche aktiv sein muss, sondern reiner „Wochenend-Sport“ reicht, zeigt eine große Untersuchung aus Großbritannien, in der Daten von 63.000 Menschen analysiert wurden und die im Journal of the American Medical Association (JAMA) veröffentlicht wurde. Das Sportpensum kann auch am Wochenende „heruntergerissen“ werden – das ist genauso effektiv. „Weekend Warriors“ („Wochenend-Krieger“) genannte Sportler absolvieren die pro Woche empfohlenen 150 Minuten moderates bzw. 75 Minuten intensives Training in ein oder zwei Einheiten am Wochenende. Diabetespatienten, die in der Woche durch Beruf und Alltag nicht zum Sport kommen, können also auch am Wochenende aktiv werden.



EMPA-REG-Outcome-Studie G-BA erkennt Ergebnisse an

Empagliflozin schützt vor Herz-Kreislauf-Leiden und reduziert die Zahl tödlicher Herzinfarkte und Schlaganfälle – das zeigt die EMPA-REG-Outcome-Studie, an der 7.000 Männer und Frauen mit Diabetes und einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen teilnahmen. Empagliflozin gehört zur Klasse der SGLT-2-Hemmer. Die Zuckerausscheidung erfolgt über den Urin. In der Studie hatten Patienten, die Empagliflozin erhielten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ein um 38 Prozent niedrigeres Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben – eine bemerkenswerte Schutzwirkung. Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zunächst den Stellungnahmen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gefolgt und keinen zusätzlichen therapeutischen Nutzen im Vergleich zu Kombinations-Behandlungen mit Metformin, Sulfonylharnstoffen oder Humaninsulin festgestellt hatte, erkannte er die wissenschaftlichen Ergebnisse der EMPA-REG-Outcome-Studie im September 2016 nun doch an.



Typ-1-Diabetes Künstliche Bauchspeicheldrüse

Für Menschen mit Typ-1-Diabetes könnte der Traum einer „künstlichen Bauchspeicheldrüse“ bald wahr werden. Geschlossene, computergesteuerte Kreislaufsysteme ahmen die Abläufe in einer gesunden Bauchspeicheldrüse nach. Ein Sensor im Unterhautfettgewebe misst kontinuierlich die Zuckerkonzentration im Gewebwasser und sendet die Daten per Funk an einen Computer. Dieser errechnet die exakt erforderliche Insulinmenge. Die Insulinpumpe erhält den Befehl, die korrekte Menge Insulin abzugeben. Über ein elektronisches Endgerät kann der Patient bei Bedarf individuell eingreifen. Solche vollautomatischen Insulinpumpen wären vor allem für Typ-1-Diabetespatienten segensreich, weil Unterzuckerungen wirksamer verhindert werden könnten und der Blutzucker insgesamt stabiler steuerbar wäre als mit normalen Insulinpumpen.

Derzeit prüfen die Zulassungsbehörden in den USA und Großbritannien Modelle, die ab 2018 verfügbar sein könnten.

SELBSTHILFE

diabetesDE – DEUTSCHE DIABETES-HILFE

DIABETES – DIE TICKENDE ZEITBOMBE FÜR DAS GESUNDHEITSSYSTEM

NICOLE MATTIG-FABIAN

Wenn es beim Menschen zwickt und schmerzt, wird häufig erst Dr. Google befragt, ehe ein Arzt aufgesucht wird. Das ist in den meisten Fällen für die Behandler ärgerlich bis fatal, kostet es sie doch enorme Zeit, dem Patienten seine eingebildete Krankheit auszureden. Im Falle von Diabetes könnte Dr. Google mit der Bestimmung des Risikos jedoch helfen, doch wissen wir überhaupt, wie sich Risikopatienten zu Diabetes informieren?

Im Gesundheitsbereich ist es eine staatliche Aufgabe, über gesundheitliche Gefahren aufzuklären. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) wurde – immerhin – 2016 erstmals beauftragt, eine Aufklärungskampagne zu Diabetes zu erstellen – doch mit einer Umsetzung ist nicht vor 2018 zu rechnen.

HOHE DUNKELZIFFER – WENIG KENNNTNISSE

Was tun bis dahin? Zusehen, wie jeden Tag weitere 1.000 Menschen neu an Diabetes erkranken? Obwohl bereits jetzt 2 Mio. Menschen erkrankt sind, ohne es zu wissen?

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe hat sich zum Ziel gesetzt, für die Rechte der Menschen mit Diabetes zu kämpfen und über die Erkrankung Diabetes mellitus, ihre Folgen sowie Möglichkeiten der Risikoabschätzung und Prävention aufzuklären. Neben klassischer Presse- und Medienarbeit nutzen wir auch innovative Aktionen, um die Menschen in Deutschland für die Erkrankung zu sensibilisieren. Für 2016 hatten wir uns vorgenommen, Licht ins Dunkel zu bringen: Menschen zu motivieren, ihr Diabetesrisiko zu erkennen und politisch eine bessere Früherkennung zu fordern.



v.l.: Dietrich Monstadt (CDU), Mechthild Rawert (SPD), Baptist Gallwitz (DDG), Anne-Katrin Döbler, Thomas Danne (diabetesDE), Gottlobe Fabisch (VDBD), Inge Dänschel (Hausärzterverband) und Udo Walz bei der Pressekonferenz zur Dunkelziffer

UNERKANNT UNTERWEGS? WWW.2MIO.DE

Zusammen mit der renommierten Healthcare-Agentur Peix entwickelte diabetesDE den Slogan „Unerkannt unterwegs“ mit dem Motiv der „Balkenbrille“ und Starfriseur Udo Walz als Testimonial. Die Werbekampagne forderte auf der Website www.2mio.de dazu auf,

online den von Wissenschaftlern des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung (DIfE) entwickelten Deutschen Diabetes-Risiko-Test zu machen.

Der Diabetes-Risiko-Test ermittelt schnell und zuverlässig anhand zehn einfacher Fragen das persönliche Risiko, in den nächsten fünf Jahren an Diabetes zu er-

kranken. Insgesamt nahmen daraufhin mehr als 50.000 Menschen am Diabetes-Risiko-Test teil. Dabei zeigte sich, dass etwa neun Prozent der Teilnehmer ein erhöhtes Diabetesrisiko aufwiesen und 3,8 Prozent sogar ein hohes bis sehr hohes Risiko.

FORDERUNG NACH AUSWEITUNG DES CHECK-UP 35

In einer Pressekonferenz zum Weltgesundheitstag 2016 mit dem Schwerpunkt „Diabetes“ forderte diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe im Schulterschluss mit dem Deutschen Hausärzterverband eine Ausweitung des „Gesundheits-Check 35“ zu einem „Gesundheits-Check 35 plus D (Diabetes)“ mit einer Erweiterung um den Langzeitblutzuckertest (HbA1c-Wert), da der jetzige „Check-up 35“ zur Frühdiagnostik nicht ausreicht. Die Pressekonferenz, an der auch die Bundestagsabgeordneten Mechthild Rawert (SPD) und Dietrich Monstadt (CDU) teilnahmen, war mit einer Medienkontaktreichweite von 50 Mio. die erfolgreichste Pressekonferenz, die es je zum Thema Diabetes gab.

Die Aufklärungskampagne zur Dunkelziffer zog sich wie ein roter Faden durch das Jahr und wurde bei allen offiziellen Terminen und Veranstaltungen in den Mittelpunkt gerückt. So waren wir mit einem Stand bei der Fanmeile der Fußball-EM in Berlin vertreten und führten den Test mit Interessierten und Risikopatienten durch. Flankierend liefen auf den Leinwänden zwischen den Spielen Aufklärungsspots mit Udo Walz und Pierre Littbarski, Fußball-Weltmeister von 1990, der sich selbst nicht betrof-

v.l.: Wolfgang Bosbach, Nicole Mattig-Fabian, Jens Kröger am Welt-diabetestag in Köln



fen, ebenfalls in den Dienst der guten Sache stellte und die Fans aufforderte, den Test zu machen.

IM DIALOG MIT DER POLITIK

Zum Welt-diabetestag am 14. November setzte diabetesDE zusammen mit dem Diabetes Programm Deutschland (DPD) ein weiteres Zeichen der Aufklärung: Mit der blau illuminierten Hohenzollernbrücke in Köln nahmen wir an der weltweiten „blue monuments challenge“ der Internationalen Diabetes-Förderung (IDF) teil. Den Buzzer zur Illumination drückten gemeinsam Kölns Bürgermeister Dr. Ralf Heinen, der Sänger Henning Krautmacher, die Bundestagsabgeordneten Helga Kühn-Mengel, MdB (SPD), und Dietrich Monstadt, MdB (CDU), sowie der neue Vorstandsvorsitzende von diabetesDE Dr. Jens Kröger sowie Michael Rosenbaum vom DPD. Im Anschluss daran folgte eine politische Podiumsdiskussion zum Thema „Wann kommt Bewegung in die Nationale Diabetesstrategie?“ Unter den Gästen: Wolfgang Bosbach und Gurdun Thais (BzgA).

PARLAMENTARISCHES KOCHEN MIT KOLJA KLEEBERG

Kurz vor Jahresende lud diabetesDE

zum „Parlamentarischen Kochen“ in Berlin ein. Schirmherrin Elvira Drobinski-Weiß (MdB), verbraucherpolitische Sprecherin der SPD, lernte hier, gemeinsam mit anderen Bundestagsabgeordneten, wie ein köstliches, klassisches Weihnachtsmenü zubereitet werden kann. Das Besondere: Sterne-Koch Kolja Kleeberg zeigte anhand weniger, geschickter Rezepturverbesserungen, wie mit weniger Kalorien, Fett und Zucker ein leckeres und doch leichteres Menü entsteht. In diesem Rahmen wurden auch eine klare Nährwertkennzeichnung, Rezepturverbesserungen der Lebensmittelindustrie und die Zucker-Fett-Steuer diskutiert.

ZENTRALES ANLIEGEN: SELBSTHILFE STÄRKEN

Alle medienwirksamen und politischen Aktivitäten der Organisation haben eines gemein: Wir wollen die Interessen der Menschen mit Diabetes in die Öffentlichkeit bringen und alle Betroffenen motivieren, ihren Diabetes gut zu managen und ihre Lebensqualität zu verbessern. 99,6 Prozent seiner Zeit ist ein Mensch mit Diabetes in der Therapie auf sich allein gestellt, daher empfehlen wir jedem Betroffenen eine Mitgliedschaft in der Selbsthilfe. Die Selbsthilfe fängt viele Fragen auf, die bis zum nächsten Arztbesuch entstehen oder die sich ein Betroffener nicht zu stellen traut. Wussten Sie, dass Menschen mit Diabetes, die sich in der Selbsthilfe engagieren, auch besser informiert und besser eingestellt sind?

Ob diabetesDE mit seinen öffentlichen Aktivitäten Patienten und Risikopatienten befähigt, sich aktiver über ihre Krankheit zu informieren, mögen andere beurteilen. Licht ins Dunkel bringen wir auf alle Fälle.

Die Autorin ist Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe



v.l.: Elvira Drobinski-Weiss, Dirk Heidenblut (beide SPD), Kolja Kleeberg

BILANZ

AKTIVSEITE	31.12.2016 EUR	31.12.2015 EUR
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	3,00	3,00
II. Sachanlagen		
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	48.223,34	25.386,52
III. Finanzanlagen		
Wertpapiere des Anlagevermögens	2.633.460,00	2.872.380,00
	2.681.686,34	2.897.769,52
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	105.119,00	45.500,00
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
2. Sonstige Vermögensgegenstände	36.821,09	50.916,87
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
	141.940,09	96.416,87
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	163.280,94	221.503,48
C. Rechnungsabgrenzungsposten	317.388,80	173.910,00
Summe	3.304.296,17	3.389.599,87

PASSIVSEITE	31.12.2016 EUR	31.12.2015 EUR
A. Eigenkapital		
I. Ergebnisrücklagen	2.683.034,25	2.624.308,76
II. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 272.357,70	58.725,49
	2.410.676,55	2.683.034,25
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	0,50	0,50
C. Rückstellungen		
1. Sonstige Rückstellungen	99.650,00	248.429,00
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	200.202,47	126.105,55
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 200.202,47 EUR (Vorjahr 126.105,55 EUR)		
2. Sonstige Verbindlichkeiten	146.541,65	10.140,57
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 146.541,65 EUR (Vorjahr 10.140,57 EUR)		
	346.744,12	136.246,12
E. Rechnungsabgrenzungsposten	447.225,00	321.890,00
Summe	3.304.296,17	3.389.599,87

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

	2016 EUR	2015 EUR
1. Umsatzerlöse	2.945.308,48	2.239.720,06
2. Sonstige betriebliche Erträge	250.516,90	715.959,64
	3.195.825,38	2.955.679,70
3. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren	15.513,16	4.495,15
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	1.075.080,20	775.516,11
	1.090.593,36	780.011,26
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	683.223,67	551.051,68
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	105.993,12	94.810,21
davon für Altersversorgung 10.325,52 EUR (Vorjahr 15.115,32 EUR)		
	789.216,79	645.861,89
Zwischenergebnis	1.316.015,23	1.529.806,55
5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen		
a) Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens	0,00	5.992,50
b) Abschreibungen auf Sachanlagen	15.812,64	10.295,44
	15.812,64	16.287,94
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	1.647.101,16	1.507.352,71
Zwischenergebnis	- 346.898,57	6.165,90
7. Erträge aus anderen Wertpapieren und Ausleihungen des Finanzanlagevermögens	12.650,00	0,00
8. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	63.547,00	68.218,65
9. Abschreibungen auf Finanzanlagen	300,00	14.527,50
10. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	1.356,13	1.131,56
11. Ergebnis nach Steuern/Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 272.357,70	58.725,49

EINNAHMEN / AUSGABEN

	2016 EUR	2015 EUR	Veränderung EUR	%
EINNAHMEN				
1. Einnahmen				
1.1 Mitgliedsbeiträge	946.092,10	936.206,68	+ 9.885,42	1,1
1.2 Kursgebühr Fortbildung Diabetologie DDG	387.750,00	284.500,00	+ 103.250,00	36,3
1.3 Kursgebühren Weiterbildung Diabetesberater DDG	713.625,20	719.470,03	- 5.844,83	0,8
1.4 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG Fuß	9.644,12	12.585,24	- 2.941,12	23,4
1.5 Zertifizierung Behandlungseinrichtungen	98.500,00	106.250,00	- 7.750,00	7,3
1.6 Zertifizierung Klinik für Patienten Nebendiagnose	24.400,00	13.000,00	+ 11.400,00	87,7
1.7 Erlöse Provisionen Zeitschriften	56.704,12	56.579,96	+ 124,16	0,2
1.8 Spenden und Sponsoring (Preis, Projektf., Sonstiges)	94.198,47	131.970,99	- 37.772,52	28,6
1.9 Frühjahrstagung	425.000,00	475.000,00	- 50.000,00	10,5
1.10 Herbsttagung	124.000,00	130.000,00	- 6.000,00	4,6
1.11 Sonstige Einnahmen (Zinsen etc.)	339.990,25	117.790,42	+ 222.199,83	-
Einnahmen gesamt	3.219.904,26	2.983.353,32	+ 236.550,94	7,9
AUSGABEN				
2. Wissenschaftsförderung und Leitlinien				
2.1 Preise und Projektförderung	435.210,00	384.750,00	+ 50.460,00	13,1
2.2 Wissenschaftliche Zeitschriften	91.367,72	85.083,05	+ 6.284,67	7,4
2.3 Leitlinien	137.428,48	7.045,14	+ 130.383,34	-
2.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u. a.	19.333,26	23.125,00	- 3.791,74	16,4
2.5 Gremienarbeit und Veranstaltungen	86.392,33	73.350,05	+ 13.042,28	17,8
2.6 Projekte	126.874,20	56.229,96	+ 70.644,24	-
Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien	896.605,99	629.583,20	+ 267.022,79	42,4
3. Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung				
3.1 Fortbildung Diabetologie DDG	259.320,29	214.967,12	+ 44.353,17	20,6
3.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG	682.904,00	562.470,00	+ 120.434,00	21,4
3.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung	10.056,00	15.346,00	- 5.290,00	34,5
3.4 Gebühren Zertifizierung Nebendiagnose	23.689,08	13.243,26	+ 10.445,82	78,9
Summe Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung	975.969,37	806.026,38	+ 169.942,99	21,1
4. Kommunikation und Mitgliederbetreuung				
4.1 Medienarbeit / Internet	153.948,96	113.981,30	+ 39.967,66	35,1
4.2 Mitgliederbetreuung	44.172,50	43.136,81	+ 1.035,69	2,4
Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung	198.121,46	157.118,11	+ 41.003,35	26,1
5. Unterstützung diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e. V.	400.000,00	425.000,00	- 25.000,00	5,9
6. Personalkosten				
6.1 Gehälter	578.551,60	460.462,52	+ 118.089,08	25,6
6.2 Personalnebenkosten	97.988,00	80.725,08	+ 17.262,92	21,4
6.3 Sonstiges	66.982,99	74.540,03	- 7.557,04	10,1
Summe Personalkosten	743.522,59	615.727,63	+ 127.794,96	20,8
7. Verwaltung				
7.1 Büromiete und Nebenkosten	75.770,56	39.977,42	+ 35.793,14	89,5
7.2 Büroausstattung und -material	32.308,41	17.595,52	+ 14.712,89	83,6
7.3 Telefon / Telefonkonferenzen	6.218,12	5.179,69	+ 1.038,43	20,0
7.4 Laufende EDV-Kosten	48.355,66	61.674,45	- 13.318,79	21,6
7.5 Reisekosten / Bewirtung	21.695,11	25.873,39	- 4.178,28	16,1
7.6 Beratung	38.124,48	25.917,30	+ 12.207,18	47,1
7.7 Sonstiges	39.757,57	98.666,80	- 58.909,23	59,7
Summe Verwaltung	262.229,91	274.884,57	- 12.654,66	4,6
8. Investitionen				
8.1 EDV / Software	14.302,90	0,00	+ 14.302,90	-
8.2 Betriebs- und Geschäftsausstattung	24.346,56	13.039,99	+ 11.306,57	86,7
Summe Investitionen	38.649,46	13.039,99	+ 25.609,47	-
Ausgaben gesamt	3.515.098,78	2.921.379,88	+ 593.718,90	20,3
Überschuss / Fehlbetrag	- 295.194,52	61.973,44	- 357.167,96	-
Überleitung Jahresergebnis	+ 22.836,82	- 3.247,95	+ 26.084,77	-
Jahresüberschuss	- 272.357,70	+ 58.725,49	- 331.083,19	-

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 Controllingrechnung (Einnahmen – Ausgaben) bei. Die DDG ist unseres Wissens nach die einzige medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft, die eine solche interne Controllingrechnung veröffentlicht.

Als Ergebnis unserer Prüfung fassen wir folgende Kernaussagen zum Geschäftsverlauf und zur Lage des Vereins zusammen:

Das Berichtsjahr schließt mit einem negativen Ergebnis in Höhe von - 272 TEUR (Vorjahr 59 TEUR) ab. Es sind liquide Mittel in Höhe eines anteiligen Jahresbudgets von rd. 8 Monaten vorhanden. Zukünftig – spätestens ab 2018 – wird von den gesetzlichen Vertretern wieder mit einem ausgeglichenen Ergebnis geplant.

Die Ausgaben für Wissenschaftsförderung und Leitlinien haben sich um 267 TEUR auf 897 TEUR (Vorjahr: 630 TEUR) erhöht. Der Anstieg ergibt sich im Wesentlichen aus dem Projekt zur besseren Abbildung diabetologischer Leistungen im Krankenhausabrechnungssystem – Diagnosis Related Groups (DRGs). Außerdem ergibt sich im Berichtsjahr ein deutlicher Anstieg der Kosten für die Erstellung von Leitlinien.

Die Ausgaben für Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung verzeichnen im Berichtsjahr einen deutlichen Zuwachs, weil insbesondere im Bereich der Weiterbildung zur Diabetesberaterin ein Anstieg der Teilnehmerzahlen und der angebotenen Kurse stattgefunden hat. Außerdem wurden bei den ärztlichen Fortbildungen im Bereich der Klinischen Diabetologie 3 Kurse im Vergleich zu 2 Kursen des Vorjahres durchgeführt. Alle Weiterbildungen der DDG finden ohne Beteiligung der Industrie statt und werden ausschließlich aus Teilnehmergebühren finanziert.

Die Kosten für Medienarbeit und Internet stiegen im Berichtsjahr um rd. 40 TEUR. Der Anstieg resultiert im Wesentlichen aus einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit. Dabei ist im Berichtsjahr erstmals ein Parlamentarischer Abend durchgeführt worden, zudem ist die Zahl der Pressekonferenzen von 3 im Vorjahr auf 5 im Berichtsjahr gestiegen.

Im Bereich der Verwaltung sind die Ausgaben um rd. 13 TEUR auf 262 TEUR leicht zurückgegangen. Hier steht den umzugsbedingt gestiegenen Mietkosten eine geringere Zuführung zu den Rückstellungen entgegen.

Die Gesamterträge in Höhe von insgesamt 3.220 TEUR sind im Vergleich zum Vorjahr (2.983 TEUR) merklich gestiegen. Während die Erlöse aus den Kongressen mit 549 TEUR leicht zurückgegangen sind, wurden im Bereich der sonstigen Einnahmen deutliche Zuwächse verzeichnet; hier schlägt sich unter anderem die Auflösung von Rückstellungen nieder. Zudem sind die Erträge aus der Fortbildung zum Diabetologen DDG auf 388 TEUR (Vorjahr 284 TEUR) gestiegen, was aus der wieder gestiegenen Anzahl an Kursen resultiert. Die positive Entwicklung der Mitgliederzahl macht sich auch bei den Einnahmen bemerkbar.

Die Vermögens- und Kapitalstruktur des Vereins zeigt sich trotz des Jahresfehlbetrags stabil. Unter Einbezug des (jederzeit veräußerbaren) Finanzanlagevermögens ergibt sich ein Liquiditätsmäßiger Deckungsfaktor des betriebsgewöhnlichen Finanzbedarfs von 8,1 Monaten (Vorjahr 11 Monate).

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 des Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2016 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, 21. Februar 2017

 **Solidaris**

Solidaris Revisions-GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Zweigniederlassung Berlin




Ulrich Karl
Wirtschaftsprüfer


Joris Pelz
Wirtschaftsprüfer

VORSTAND



Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz
Präsident



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Vizepräsident und Tagungspräsident 2017



Priv.-Doz. Dr. med. Erhard Siegel
Past Präsident



Prof. Dr. med. Andreas Neu
Schatzmeister



Prof. Dr. rer. nat. Annette Schürmann
Vorstandsmitglied und Tagungspräsidentin 2017



Univ.-Prof. Dr. med. Jochen Seufert
Vorstandsmitglied und Tagungspräsident 2018



Univ.-Prof. Dr. Michael Roden
Vorstandsmitglied und Tagungspräsident 2019



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann
Vorstandsmitglied



Dr. med. Hans-Martin Reuter
Vorstandsmitglied

DDG BUNDESGESCHÄFTSSTELLE



Dr. Dietrich Garlichs
Geschäftsführer



Katrin Bindeballe
Marketing und PR



Barbara Bitzer
Gesundheitspolitik, Zertifizierung,
Geschäftsführerin ab Juli 2017



Sarah Fischer
Kongresse und Social Media



Anja Fornoff
Weiterbildung Assistenzberufe; Fußbehandlungseinrichtungen



Klaus-Dieter Jannasch
Zertifizierung



Susa Schmidt-Kubeneck
Weiterbildung Assistenzberufe;
Fußbehandlungseinrichtungen



Tatjana Schwarz
Mitgliederbetreuung



Michael Stoye
Finanzbuchhaltung und Verträge



Sabrina Vité
Gesundheitspolitik, Weiterbildung



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. med. Harald Klein
Vorsitzender Ausschuss Pharmakotherapie des Diabetes



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



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Palitzsch
Vorsitzender Ausschuss Qualitätssicherung,
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 Versorgungsforschung
und Register



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Vorsitzender Kommission gesundheitspolitische
Fragen



Dr. med. Ralph Ziegler
Vorsitzender Ausschuss Conflict of Interest



Prof. Dr. rer. nat. Lutz Heinemann
Vorsitzender Kommission Labor-
diagnostik in der Diabetologie
der DDG und DGKL

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



Prof. Dr. med. Andreas Neu
Vorsitzender 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. Stephan Kress
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Sport



Priv.-Doz. Dr. med. Anke Bahmann
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Geriatrie



Prof. Dr. med. Thomas Kubiak
Sprecher Arbeitsgemeinschaft
Diabetes und Geriatrie



Faize Berger
Vorsitzende 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



Dr. med. Ludwig Merker
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



Priv.-Doz. 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. Tobias Daniel Wiesner
Vorsitzender Sächsische Gesellschaft
für Stoffwechselkrankheiten und Endo-
krinopathien e.V.



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



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann
Sprecher der Regionalgesellschaften



Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Lundershausen
Vorsitzender Thüringer Gesellschaft für
Diabetes und Stoffwechselkrankheiten e.V.



Dr. Dr. med. Tobias Schade
Vorsitzender Brandenburger Diabetes
Gesellschaft e.V.



Alexander-Christoph Segner
Vorsitzender Arbeitskreis „Diabetes“ im
Saarländischen Ärzteverband



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

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Autorinnen: Anne-Katrin Döbler, Dagmar Arnold, Michaela Heck, Bettina Rackow-Freitag
Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Projektkoordination in der DDG Geschäftsstelle: Katrin Bindeballe
Fotos/Illustrationen: DDG und privat, Titelfoto: Shutterstock/FloridaStock, DJI, Bildmontage: Enrico Eichinger, mit freundlicher Genehmigung von Smartphone Magazin, S. 6–9: Dirk Michael Deckbar/DDG, S. 13: Katrin Bindeballe/DDG, S. 17–19: Laurence Chaperon, S. 21: Bettina Rackow-Freitag, S. 22–23: Michaela Heck, S. 25: Fotolia/BerlinPictures, S. 27: bpk | Bayerische Staatsgemäldesammlungen, S. 28–31: privat, DDG, Fedor Mitschke, S. 35: Dirk Michael Deckbar/DDG, S. 38–41: Dirk Michael Deckbar/DDG, S. 44–45: Fotolia: koszivu, Tyler Olson, Photographee.eu, FS-Stock, Pavel Chernobrivets, istockphoto/ericphotography, S. 46–47: Eichner Fotografie/diabetesDE, Dirk Michael Deckbar/diabetesDE
Gestaltung & Satz: Susanne Appelhans, www.change-ahoy.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.