



# GESCHÄFTSBERICHT 2017

2017 stand auch im Zeichen des 500-jährigen Jubiläums der Reformation in Deutschland. Einer der wichtigsten Protagonisten dieses Zeitalters war Dr. Martin Luther, der epochale Umwälzungsprozesse auslöste. Gegenwartsbezüge lassen sich leicht erkennen, denn die Reformation war ein Katalysator der Moderne und prägt bis heute Rechts- und Staatsverständnis, die Bedeutung und Wertschätzung des Individuums, Sozialpolitik, Fürsorge und natürlich die Rolle der Religion in der Gesellschaft.

Das lateinische „reformatio“ bedeutet ursprünglich „Wiederherstellung, Erneuerung“ – unser modernes Verständnis von Reform zielt auf Letzteres ab: die gesellschaftlichen und die politischen Verhältnisse ändern und dadurch verbessern. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und ihre Mitstreiter machen sich auf vielen Ebenen für „gute Reformen“ stark. Was ist in einer Zeit rasant fortschreitender technologischer Neuerungen und digitaler Transformationen notwendig, um den Patienten und seine informationelle Selbstbestimmung (Datenschutz und Datensicherheit) zu stärken? Wie kann man Forschungsförderung und interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessern und wie finden nutzbringende Erkenntnisse rasch in die Praxis? Aus der Verantwortung für ihre Patienten heraus verfolgt die DDG das Ziel, eine gute Versorgung von Menschen mit Diabetes weiter zu verbessern.

Die DDG beobachtet, analysiert und kommentiert das Bestehende, verfolgt aktuelle Entwicklungen, geht aktiv auf die Akteure zu und reagiert mit zukunftsorientierten Konzepten.

Wer wie die DDG konkrete Vorschläge macht – ob durch den „Code of Conduct Digital Health“ oder die „Diabetologie 2025 – 10 strategische Handlungsfelder“ – wird gehört und kann die Zukunft mitgestalten.

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

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

**DDG**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

# 2017

## DDG

Liebe Leserinnen und Leser,

unser politisches Engagement lohnt sich! Das zeigt der aktuelle Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD. Erstmals haben die Parteien vereinbart, dass die Diabetesversorgung strukturiert verbessert werden muss. Eine nationale Diabetesstrategie wird im Koalitionsvertrag betont. Das ist eine Chance und macht deutlich, dass die vielen, vielen Gespräche mit PolitikerInnen, die Veranstaltungen und Positionspapiere der letzten Jahre nicht ungehört blieben. Trotzdem ist die Arbeit noch lange nicht getan.

Die Umsetzung wirkungsvoller bevölkerungsweiter Präventionsmaßnahmen, der Ausbau der Versorgungsforschung und die sektorenübergreifende Vernetzung sind Themen, die wir auch 2017 immer wieder auf die politische Agenda gebracht haben und die nun aus dem Stadium des Wünschens und Wollens in konkrete Konzepte überführt werden müssen. Erst wenn das gelingt, wird sich zeigen, ob der Koalitionsvertrag hält, was er verspricht. Die DDG wird daher unvermindert ihren Beitrag leisten, um die Prävention von Diabetes und die Therapie der Betroffenen zu verbessern.

Daher fordern wir unverändert von der Politik, medizinische Fachgesellschaften regelhaft bei der Festlegung des „medizinischen Standards“ bei allen Prozessen der gesundheitspolitischen Gestaltung einzubinden. Gleichzeitig muss die Stimme der Patienten gestärkt werden. Sie sollten ein verbindliches Stimmrecht in den Organen der Selbstverwaltung erhalten. Zudem muss die translationale Forschung, also der zügige Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Patientenversorgung gestärkt werden. Bei den politischen Entscheidungsträgern muss endlich ankommen, dass die „Sprechende Medizin“ einen besonders hohen Stellenwert hat und nicht dem Druck der Ökonomisierung zum Opfer fallen darf. Wir kämpfen um den Erhalt diabetologisch-endokrinologischer Lehrstühle und die stärkere Verankerung der Diabetologie im Medizinstudium. Wirkungsvolle Prävention muss Verhältnisse schaffen, die eine gesunde Ernährung leicht machen. Daher gehören weitreichende und mutige Entscheidungen, wie beispielsweise, gesunde Lebensmittel von der Mehrwertsteuer zu befreien und im Gegenzug ungesunde mit dem vollen Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent zu belegen.

Ein Schlüsselthema der DDG war und ist die digitale Transformation in der Medizin. Der Nachholbedarf seitens der Politik ist groß.



Barbara Bitzer



Dirk Müller-Wieland

Immerhin will sie jetzt „Vorreiter“ bei der Einführung digitaler Innovationen im Gesundheitswesen werden und eine Roadmap zur Entwicklung und Umsetzung innovativer E-Health-Lösungen erstellen.

In der Digitalisierung liegen große Chancen, die im Interesse der Menschen mit Diabetes sinnvoll zu nutzen sind. Mit Stolz können wir berichten, dass wir die erste Fachgesellschaft sind, die sich dazu mit einem ausführlichen „Code of Conduct Digital Health“ positioniert hat. Wir geben darin Orientierung und setzen einen Handlungsrahmen. Diesen werden wir weiterentwickeln, mit Leben und praktischen Beispielen füllen, denn Digitalisierung ist das Zukunftsthema. Von der Politik fordern wir, die zügige Umsetzung und Nachbesserung des E-Health-Gesetzes. Für wissenschaftlichen Fortschritt und bahnbrechende Innovationen brauchen wir Zugriff auf Patientendaten. Gleichzeitig muss das Recht auf informationelle Selbstbestimmung gewährleistet sein. Dies in Einklang zu bringen ist unser Ziel.

**Bei den politischen Entscheidungsträgern muss endlich ankommen, dass die ‚Sprechende Medizin‘ einen besonders hohen Stellenwert hat und nicht dem Druck der Ökonomisierung zum Opfer fallen darf.**

Die DDG ist auf vielen Ebenen aktiv: In intensiven Gesprächen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, mit Vertretern des Gesundheitsausschusses, der Ministerien und der Organe der Selbstverwaltung. Auf dem jährlich stattfindenden parlamentarischen Jahresempfang informieren und positionieren sich Politikerinnen und Politiker ebenso wie auf der Jahrespressekongresskonferenz. So schaffen wir uns Gehör – im Interesse unserer Mitglieder und unserer Patienten.

Schauen Sie mit uns auf das Jahr 2017 zurück und erfreuen Sie sich mit uns an den Erfolgen unserer gemeinsamen und engagierten Arbeit.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre unseres Geschäftsberichts.

Mit herzlichen Grüßen  
Ihre

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland  
Präsident

Barbara Bitzer  
Geschäftsführerin



# THEMEN 2017

## INHALT

3

Editorial

6

DDG 2017:  
Auf einen Blick



8

Vernetzung nach innen –  
Information und Austausch  
mit Politik und Gesellschaft  
Bericht aus der Geschäftsstelle

12

Evidenz, Transparenz und  
Ausgewogenheit  
Das Fundament der erfolgreichen  
DDG Medienarbeit

16

Weiterbilden auf höchstem Niveau  
Die DDG Weiterbildungen  
im Überblick



18

Diabetologie im Spannungsfeld von Ökonomisierung und Qualität der Versorgung  
Interview mit Barbara Bitzer und Dirk Müller-Wieland

22

Digitale Medizinprodukte –  
Chancen und Risiken  
Gastbeitrag von Josef Hecken

24

Diabetologie im Studium stärken  
Neue AG „Nachwuchs in Klinik und Forschung“



26

Pflegende müssen mehr über Diabetes wissen  
DDG baut Trainernetzwerk für Pflegefortbildung auf

28

Drei auf einen Streich –  
Teamgeist als treibende Kraft  
Zertifizierte Diabetesbehandlung im Osten Berlins



30

Familien auf die Couch!  
Diabetes Typ 1 ist nicht nur Insulintherapie

32

Künstliche Intelligenz und die Zukunft der Medizin  
Gastbeitrag von Betram Häussler

34

Ehrungen und Preise 2017



38

Diabetesprävention durch „gesunde“ Mehrwertsteuer?  
Interview mit Dietrich Garlichs

40

Primärprävention und Früherkennung  
Beitrag von Baptist Gallwitz

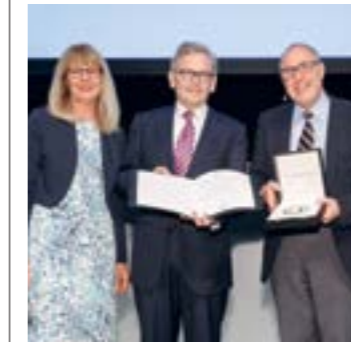
42

Jeder Patient zählt – Versorgungsforschung mit den bundesweit vorliegenden Dokumentationen aus den Diabetes-DMP  
Gastbeitrag von Bernd Hagen



44

Diabetes – weltweite Pandemie

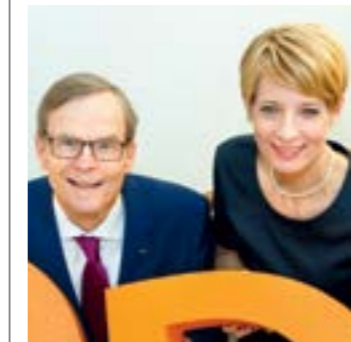


46

2017 –  
Das DDG Jahr in Bildern

50

Metabolische Chirurgie bei Diabetes mellitus Typ 2  
Gastbeitrag von Ulf Elbelt



52

Neues aus der Diabeteswelt

54

diabetesDE – Gemeinsam für Patienten

56

Geschäftszahlen



60

Vorstand und DDG Bundesgeschäftsstelle  
Ausschüsse und Kommissionen

62

Arbeitsgemeinschaften  
Regionalgesellschaften

63

Impressum

# DDG 2017: 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 flächendeckend wirksame Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der Millionen von Menschen in Deutschland betroffen sind.

Insgesamt hatte die DDG 2017

**9.197** Mitglieder

Davon **471** neue Mitglieder.

Die DDG vergibt insgesamt

**220** Reisestipendien

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

**119** 

**Einrichtungen** erhalten die Anerkennung als

„Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“

Davon **18** Erstanträge. Insgesamt sind es **365**.

**6.706**

**Fachleute** besuchen den Diabetes Kongress.

**3.740**

**Fachleute** besuchen die Diabetes Herbsttagung.

**3.040** Facebook-Fans

**Ø 1.093** Nutzer pro Post

**959** Interessierte bei Twitter

Die DDG wird von



**19** Arbeitsgemeinschaften

**13** Ausschüssen und Kommissionen

**15** Regionalgesellschaften unterstützt.

Die DDG zeichnete

**8** WissenschaftlerInnen aus und förderte

**35** Projekte mit 

**430.000 €**

**43**

**Einrichtungen** erhalten das Zertifikat

„Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für die Nebendiagnose Diabetes.

Davon **17** Rezertifizierungen. Insgesamt sind es **92**.

**40**

**Einrichtungen** erhalten die Anerkennung als

„Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement“

Davon keine Erstanträge. Insgesamt sind es **110**.

**94** ÄrztInnen



erhalten die Anerkennung „DiabetologInnen DDG“.

**4** PsychologInnen

erhalten die Anerkennung „FachpsychologInnen DDG“.

Insgesamt gibt es **175** „FachpsychologInnen DDG“.

Insgesamt gibt es **4.183** „DiabetologInnen DDG“

**zwei Drittel** in Kliniken **ein Drittel** in niedergelassener Praxis.

**8.446** ApothekerInnen

nahmen an der Intensiv-Fortbildung Pharmazeutische Betreuung von Diabetespatienten teil.

Davon haben **3.690** zusätzlich das Zertifikat

„Diabetologisch qualifizierte/r ApothekerIn DDG“.

Insgesamt gibt es rund

**4.250** DiabetesberaterInnen (DDG)

**8.125** DiabetesassistentInnen (DDG)

**3.100** WundassistentInnen (DDG)

**145** Diabetes-Pflegefachkräfte DDG (Klinik und Langzeit).

**255** DiabetesberaterInnen,

**195** DiabetesassistentInnen und

**164** WundassistentInnen schließen ihre Weiterbildung ab.

**40** TeilnehmerInnen absolvieren erfolgreich die Weiterbildungen zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG Klinik und Langzeit.



**11** Stellungnahmen und

**40** Pressemeldungen zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen werden veröffentlicht.

**427 Mio. Printkontakte** 

**420 Mio. Page Visits**

**120**

„Fußbehandlungseinrichtungen DDG“

Insgesamt sind es **295**.



**50** TrainerInnen

wurden für die neue 2-tägige Fortbildung **Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG (BaQ)** qualifiziert. Diese TrainerInnen werden ab 2018 Pflegekräfte mit Basiswissen zu Diabetes und Pflege ausstatten.



# FACHGESELLSCHAFT

## VERNETZUNG NACH INNEN – INFORMATION UND AUSTAUSCH MIT POLITIK UND GESELLSCHAFT

BERICHT AUS DER GESCHÄFTSSTELLE

2017 hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) noch einmal entscheidende Impulse gesetzt, um die Politik zur dringend notwendigen Verabschiedung eines nationalen Diabetesplans zu bewegen. Im aktuellen Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ist nun zumindest eine Diabetesstrategie verankert. Dieser Erfolg ist nicht zuletzt auch ein Ergebnis des Engagements der über 9.000 in der DDG organisierten Mitglieder, die sich in ihrer Arbeit tagtäglich für eine bestmögliche Behandlung von Menschen mit Diabetes einsetzen und auf Maßnahmen zur Optimierung hinweisen.



Ein engagiertes und starkes Team: die MitarbeiterInnen der DDG Geschäftsstelle (nicht im Bild: Rebekka Epsch, Sarah Fischer, Sandra Hoger, Susa Schmidt-Kubeneck und Michael Stoye)

Zu einem der Jahreshöhepunkte gehörte 2017 der Diabetes Kongress in Hamburg, auf dem 6.706 Teilnehmer diskutierten, wie neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu Entstehung, Vorbeugung und Therapie des Diabetes mellitus im Sinne des Kongressmottos „Fortschritte für die Patienten“ bringen. Auch die gemeinsam mit der Deutschen Hochdruckliga ausgerichtete Herbsttagung in Mannheim war mit 3.740 Teilnehmern sehr gut besucht und bot Gelegenheit für einen intensiven interdisziplinären Austausch.

Im Rahmen des Frühjahrskongresses übernahm Professor Dr. Dirk Müller-Wieland das Amt des Präsidenten von Professor Dr. Baptist Gallwitz. Der neue Präsident legt ein besonderes Augenmerk auf die digitale Transformation in der Diabetologie und die Aktualisierung der Versorgungsstrukturen. Er wird aber auch Schwerpunkte seines Vorgängers, wie die Förderung nach dem Erhalt diabetologisch-endokrinologischer Lehrstühle und die Stärkung des Stellenwerts der

„sprechenden Medizin“, weiter vorantreiben. Das Zukunftsthema Digitalisierung wird 2018 auch Inhalt einer DDG Veranstaltungsreihe zu praktischen und rechtlichen Aspekten beim Umgang mit Daten in der Arztpraxis sein.

Auch in der DDG Geschäftsstelle gab es zur Jahresmitte einen Personalwechsel: Barbara Bitzer ist seit Juli 2017 neue Geschäftsführerin. Sie übernahm die Leitung von Dr. Dietrich Garlichs. Ihr besonderer Fokus wird vor allem darauf liegen, den Kontakt zur Bundespolitik auszubauen und die politischen Aktivitäten der DDG voranzutreiben. Dazu gehören auch die Forderung nach Maßnahmen für eine sinnvolle Verhältnisprävention, wie beispielsweise eine gesundheitsfördernde Umstrukturierung der Mehrwertsteuer und eine klare Lebensmittelkennzeichnung. Diese Forderungen wird Frau Bitzer auch im Rahmen der Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) vorantreiben, deren Sprecherin sie seit Januar 2018 ist.

### ERFOLG: NATIONALE DIABETESSTRATEGIE IM KOALITIONSVERTRAG

Im Wahljahr 2017 machte die DDG erneut auf vielen Kanälen ihre Forderungen an die Gesundheitspolitik publik: Dazu zählten Stellungnahmen, Positionspapiere wie „Diabetologie 2025“ und zahlreiche Termine bei Politikern, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Bundesärztekammer. Die jahrelange Arbeit hat sich nun ausgezahlt: Im Koalitionsvertrag werden die längst überfällige Erarbeitung und Umsetzung einer nationalen Diabetesstrategie festgeschrieben, um die Diabetesversorgung in Deutschland künftig strukturiert zu verbessern. Für die Regionalgesellschaften der DDG bietet dies große Chancen, denn der grobe Rahmen wird zwar auf Bundesebene vorgegeben, die Ausgestaltung und die individuelle Umsetzung der Strategie aber müssen auf Länderebene erfolgen.

Um die Versorgung von Patienten zu verbessern, wenn es zum Beispiel um Zulassung und Vigilanzprüfung moderner und digitaler Medizinprodukte oder die methodische Erfassung von Patientenrelevanz geht, wird die DDG künftig noch stärker auf gesundheits- und wissenschaftspolitische Gestaltungsprozesse einwirken und den guten Kontakt zum G-BA, zum IQWiG sowie zum Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) intensivieren.

### CODE OF CONDUCT DIGITAL HEALTH

Die Digitalisierung verändert die Medizin: in der Forschung und Diagnostik, der Therapie und Versorgung sowie bei Aufklärung und Prävention. Das wirkt sich nicht nur auf die tägliche Arbeit der Ärzte und das Selbstmanagement der Patienten aus, auch das Arzt-Patienten-Verhältnis verändert sich. Die DDG sieht in der Digitalisierung eine große Chance für interdisziplinäre und sektorenübergreifende Vernetzung und flächendeckende medizinische Versorgung auf höchstem Niveau. Mit dem „Code of Conduct Digital Health“ hat sie für diesen digitalen Transformationsprozess 2017 ein Rahmenpapier erarbeitet, um die Diskussion anzustoßen. Dieses Rahmenpapier wird nun mit praktischen Beispielen untermauert. Die DDG wird 2018 dazu Veranstaltungen zu rechtlichen Aspekten der Digitalisierung in der Arztpraxis anbieten.

### PARLAMENTARISCHER JAHRESEMPFANG 2018

Passend zur Verabschiedung des Koalitionsvertrags lud die DDG Ende Februar zum dritten Mal zu einem Parlamentarischen Jahresempfang in Berlin ein. Diesmal lag der Fokus auf dem Thema „Patientenrealität erfassen und verstehen“. Am Vormittag hatten Medienvertreter im Haus der Bundespressekonferenz die Gelegenheit, das Thema intensiv mit den Experten zu diskutieren; am Abend bekamen PolitikerInnen und VertreterInnen von Verbänden die Chance, ihr Wissen über Diabetesgrundlagen- und Versorgungsforschung zu erweitern und mit Repräsentanten der DDG, des DZD, des G-BA und des Aktionsbündnisses Patientensicherheit aktuelle Entwicklungen zu erörtern.

Deutlich wurde, dass Behandlungserfolg und Wohlbefinden der Patienten von vielen Faktoren abhängen. Um individualisierte Therapien zu prüfen und weiterzuentwickeln, müssen auch Daten aus der Versorgungsrealität erfasst und ausgewertet werden. Hier sehen die DDG Experten ein großes Potenzial in der bundesweiten Zusammenführung und Auswertung vorhandener Daten aus Disease-Management-Programmen. Ziel ist nach wie vor die Implementierung eines nationalen Diabetesregisters. Eine entscheidende Rolle wird auch bei all diesen Prozessen die Digitalisierung spielen. Sie kann die enge Vernetzung von Grundlagenforschung und Versorgungsforschung auf ein neues Niveau heben und entscheidend zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Diabetes beitragen.

### VERNETZUNG DER GREMIEN UND FÖRDERUNG DES NACHWUCHSES

Die DDG profitiert in ihrer Arbeit von der Unterstützung durch etwa 50 Expertengremien: AGs, Ausschüsse, Kommissionen und Regionalgesellschaften. Mithilfe dieses Netzwerks kann die DDG nicht nur auf exzellente Fachleute zurückgreifen, sondern auch wichtige aktuelle Themen erkennen und angehen. Diese Zusammenarbeit wurde 2017 weiter verstärkt. Besonders erfreulich ist, dass die intensive Nachwuchsarbeit der DDG erste Früchte trägt. Die jungen Nachwuchskräfte haben die AG „Nachwuchs und Lehre“ ins Leben gerufen und bringen sich aktiv in die Arbeit der DDG ein. Sie setzen sich unter anderem dafür ein, dass die Diabetologie im Medizinstudium gestärkt wird.

### AKTION „GESUNDE MWST.“

Eine wirkungsvolle Prävention darf nicht nur das Individuum in den Blick nehmen, sondern insbesondere auch sein Lebensumfeld. Übergewicht und Adipositas sind die Hauptrisikofaktoren für die Entstehung eines Diabetes Typ 2. Beides ist – gepaart mit geringer körperlicher Aktivität – vor allem auf eine unausgewogene Ernährung mit industriell verarbeiteten Lebensmitteln (hoher Anteil an Zucker, Fett und Salz) zurückzuführen. Die DDG fordert seit Langem, die aktuellen „Verhältnisse“ zu ändern und den Menschen gesunde Ernährung zu erleichtern.

Daher hat sie gemeinsam mit sechs weiteren Organisationen eine Studie zur „Gesunden Mehrwertsteuer“ an der Universität Hamburg in Auftrag gegeben, die die Auswirkungen einer Umschichtung der Mehrwertsteuer auf Ernährungsverhalten, Gewichtsentwicklung und Gesundheitskosten untersucht hat. Die Studie hat eindeutig gezeigt: Wenn Obst und Gemüse mit 0 Prozent besteuert und damit günstiger würden, Grundnahrungsmittel wie Kartoffeln, Nudeln, Milch mit 7 Prozent und verarbeitete Lebensmittel mit viel Zucker, Fett oder Salz mit 19 Prozent besteuert würden, könnte sich die Adipositasentwicklung erstmalig stoppen lassen. Diese überzeugenden Ergebnisse stellte die DDG im November in Berlin auf einer Pressekonferenz vor und rief damit ein sehr großes Presseecho hervor.

### BASISQUALIFIKATION DIABETES PFLEGE DDG

Weiterbildungsangebote gehören zu den Kernaufgaben der DDG. Um die diabetologische Kompetenz von Pflegenden zu erhöhen, hat die DDG 2017 das zweitägige Fortbildungsangebot der Basisqualifikation „Diabetes Pflege DDG“ entwickelt. Examierte Pflegekräfte können sich in dieser Weiterbildung die wichtigsten Kenntnisse zum Thema Diabetes und Pflege aneignen, um Menschen mit Diabetes im Bereich der Pflege adäquat zu versorgen.





# WAHRNEHMUNG

## EVIDENZ, TRANSPARENZ UND AUSGEWOGENHEIT

DAS FUNDAMENT DER ERFOLGREICHEN DDG MEDIENARBEIT

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) betreibt seit vielen Jahren eine aktive und sehr erfolgreiche Medienarbeit, deren Wirksamkeit spürbar wächst. Die DDG ist gefragt bei Redaktionen in ganz Deutschland, wenn es um medizinische Expertise oder die Einordnung aktueller gesundheitspolitischer Themen geht. Experten der DDG beantworten in Interviews Fragen zu Prävention, Früherkennung und Therapie. In Pressemitteilungen setzt die DDG Themen oder kommentiert aktuelle politische, medizinische oder wissenschaftliche Entwicklungen. So gelingt es ihr, unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen und die Themen der Diabetologie in Zeitungen, Fernsehen, Hörfunk und digitale Medien zu transportieren. In Zeiten „alternativer Fakten“ sind Journalisten mehr denn je darauf angewiesen, dem Absender einer Nachricht vertrauen zu können. Dieses Vertrauen bildet sich ab in der außergewöhnlich großen Medienwirkung, die die DDG auch 2017 erzielte: Die Medienreichweite lag bei fast 427 Millionen Print- und noch einmal so vielen Onlinekontakten.

+++ **Ärzte Zeitung:** Diskussion über Zuckersteuer geht weiter +++ **Deutschlandfunk:**  
 +++ **Deutsches Ärzteblatt:** Schwangerschaftsdiabetes: Neuer Marker übermittelt  
 Auch Schlanke können hohes Diabetes-Risiko haben +++ **Süddeutsche.de:**



Die mediale Kommunikation hat sich in den vergangenen Jahren rasant geändert und wird es im Zuge der Digitalisierung weiter tun. Wenngleich das große „Zeitungssterben“ nicht ganz so rasant voranschreitet wie befürchtet, so hat sich die Berichterstattung verlagert: Das Internet als Kommunikations- und Informationsmittel ist für die meisten Menschen ein fester Bestandteil ihres Medienrepertoires geworden, für viele die erste Anlaufstelle. Im Jahr 2017 belief sich der Anteil der Internetnutzer auf 81 Prozent. Zum Vergleich: Zehn Jahre zuvor waren es gerade einmal rund 60 Prozent. Soziale Netzwerke wie Facebook oder Twitter werden intensiv genutzt und zu „Verteilerknotenpunkten“ von Informationen. Was bei aller Begeisterung über schnell verfügbare Informationen nicht aus dem Blick geraten darf, ist die Qualität der Information. Folgende Grundprinzipien sind in der Gesundheitskommunikation unerlässlich: Nachrichten über medizinische Themen müssen stichhaltig, relevant, evidenzbasiert und belegbar sein. So sehr das Internet Patienten helfen mag, sich zu informieren und damit auf „Augenhöhe“ mit den be-

handelnden Experten zu sein – ganz im Sinne eines „shared decision making“ – so können aus dem „Netz gefischte“, nicht geprüfte Informationen auch negative Effekte haben: Sie verwirren und verunsichern.

### AUF DIE QUALITÄT DER INFORMATION KOMMT ES AN

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) agiert in ihrer Presse- und Medienarbeit nach eben diesen Kriterien: Was als Thema für die Medien gesetzt wird, ist relevant, evident und transparent. Neue medizinische Erkenntnisse, neue Therapien, allgemeine Empfehlungen für Menschen mit Diabetes, gesundheitspolitische Entwicklungen, nationale und internationale Kongresse – es ist eine große Themenfülle, aus der die DDG für ihre Medienarbeit schöpft. Was davon ist relevant für den Patienten? Wo sind wir als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft in der Verantwortung, Position zu beziehen? Was ist wichtig im Interesse unsere Mitglieder? Diese Fragen lenken die Auswahl der Themen, die die DDG auf ihre Agenda setzt.

Technisch veränderte Lebensmittel – Bundesregierung setzt auf Nano-Food +++  
 Vorhersage für Mutter und Kind +++ **Spiegel Online:** Ungünstige Fettverteilung –  
 Neues Siegel für Diabetes-Apps +++ **Westdeutsche Allgemeine Zeitung:**



Ob über die DDG Webseite, mit Pressemitteilungen oder Stellungnahmen, mit dem Newsletter, der diabetes zeitung, via Facebook und Twitter – die große Expertise der DDG Experten führt zu einer hohen Glaubwürdigkeit und einer enorm hohen medialen Resonanz. Erneut konnte sich die DDG bei ihren Medienreichweiten Print und Online verbessern. Mit 427 Millionen Kontakten allein in den Printmedien und 420 Millionen Page Visits erreichte die Fachgesellschaft 2017 nahezu 850 Millionen Mal Leserinnen und Leser. Das ist ein sensationeller Erfolg – insbesondere, wenn man bedenkt, dass die Auflagen der Printmedien seit Jahren sinken. 40 Pressemitteilungen wurden an die Medien verbreitet, zahlreiche Expertenstatements gegeben und Interviews vermittelt – DDG Experten werden viel und umfassend in den Medien zitiert. Drei Viertel der Berichte über die DDG erschienen in den Publikumsmedien, also in regionalen und überregionalen Tageszeitungen, Zeitschriften und Illustrierten sowie in den sogenannten Special-Interest-Zeitschriften zu Diabetes. Auch in den bei der Zielgruppe sehr beliebten und auflagenstarken

Apothekenkundenzeitschriften ist die DDG sehr präsent. Dazu kommen zahlreiche Berichte in Fernsehen und Hörfunk sowie eine breite Präsenz in den unterschiedlichsten Online-Medien.

Wie man darüber hinaus Journalisten für das Thema interessieren kann, zeigen die DDG Medienpreise. Durch die Ausschreibung und die Preisverleihung werden Medienvertreter auf das Thema aufmerksam gemacht und im besten Fall inspiriert, sich mit der Volkskrankheit Diabetes zu befassen.

#### EINE EIGENE ZEITUNG – EIN GEGLÜCKTES EXPERIMENT

Ihr 1-jähriges Jubiläum feiert im Mai die diabetes zeitung. Mit zehn Ausgaben pro Jahr informiert sie rund um Diabetes- und Arzneimittelforschung, berichtet über Fort- und Weiterbildung, beleuchtet die gesundheitspolitischen Entwicklungen in Deutschland und berichtet intensiv über viele Aktivitäten der DDG. Sie wird bundesweit an Diabetologen, Ärzte aus angrenzenden Fachgebieten, an interessierte

Politiker, Entscheider aus der Wirtschaft und Multiplikatoren geschickt. Die DDG freut sich über das Interesse und die positiven Rückmeldungen zu diesem Presseorgan.

#### JOURNALISTISCHE EXZELLENZ: DDG MEDIENPREISE

Zum vierten Mal vergab die DDG 2017 ihre Medienpreise für exzellente Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes. Zahlreiche Bewerbungen gingen ein. Wie in den Vorjahren wählte die hochkarätig besetzte Jury unter der Leitung von DDG Mediensprecher Professor Baptist Gallwitz insgesamt acht Preisträger aus. Neben den Kategorien Print, Hörfunk und Fernsehen vergab die Jury einen Sonderpreis an den 16-jährigen Bastian Niemeier für sein auf Youtube veröffentlichtes Video „Diagnose D 2.0“. Hier zeigt der selbst an Diabetes Typ 1 erkrankte Jugendliche, wie er im Alltag mit den Herausforderungen der Therapie umgeht. In der Kategorie Hörfunk wurde Astrid Wulf (Deutschlandfunk Kultur) für ihre Hörfunkreportage zum „Start der bundesweit ersten Online-Ambulanz für diabetesranke Kinder“ ausgezeichnet. In der von der DDG

Jury ausgezeichneten Fernsehreportage „Die süße Verführung der Zuckerlobby“ ging das Autorentrio Marianne Falck, Almut Gronauer und Hendrik Loven vom Bayerischen Rundfunk der Frage nach, welcher Zusammenhang zwischen Ernährung und Diabetes besteht. Den Printpreis teilten sich in diesem Jahr das Autorenduo Dr. Bernhard Albrecht und Nicole Heißmann (Stern) für den Artikel „Weg von der Spritze“ und Beate Wagner (FOCUS DIABETES) für ihren Beitrag „Walken für die Wissenschaft“. Die Preisverleihung fand am 10. November 2017 auf der Diabetes Herbsttagung in Mannheim statt.

 [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/presse/medienpreis-der-ddg/medienpreis-2017.html](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/presse/medienpreis-der-ddg/medienpreis-2017.html)

Diabetes und Depression – eine unterschätzte Paarung +++ **Frankfurter**

+++ **Handelsblatt:** Diabetes-Gesellschaft schlägt Alarm – Versorgung in Gefahr?

+++ **FAZ:** Gesünder leben mit Zuckersteuer? +++ **DIE WELT:** Die Deutschen

**Allgemeine Sonntagszeitung:** Zu viel Zucker, Salz und Fett im Essen +++

+++ **Apotheken Umschau:** Was ist ein Prädiabetes? +++

werden immer dicker – und die Politik schaut zu +++



# WEITERBILDUNG

## WEITERBILDEN AUF HÖCHSTEM NIVEAU



\* 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 Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung der DDG (QSW).

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

Detaillierte Informationen unter:

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

Ansprechpartnerinnen in der Geschäftsstelle sind:  
 Dr. Rebekka Epsch – Ärzte, E-Mail: epsch@ddg.info  
 Susa Schmidt-Kubeneck – Medizinisches Assistenzpersonal, E-Mail: schmidt-kubeneck@ddg.info  
 Sandra Hoger - Medizinisches Assistenzpersonal, E-Mail: hoger@ddg.info

| WEITERBILDUNG  | VORAUSSETZUNG   | TÄTIGKEITEN  | WEITERBILDUNGSDAUER   |
|--|---|--|---|
| <b>DiabetologIn DDG</b>  | Ärzte mit Facharztqualifikation<br>Mitgliedschaft in der DDG  | Medizinische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern, Schwangeren sowie Patienten mit Diabetessonderformen   | 24 Monate Praxis***<br>(davon mindestens 1 Jahr stationär)<br>2 Wochen Kurs Klinische Diabetologie<br>2 Wochen Hospitation***<br>4 Tage Seminar Kommunikation/ Gesprächsführung |
| <b>FachpsychologIn DDG</b>   | PsychologIn (Dipl./M.Sc.) Tätigkeit in der Diabetologie (mind. 50%)<br>ggf. mit Schwerpunkt Kinder-/Jugendpsychologie*<br>Mitgliedschaft in der DDG                   | Psychologische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern, Schwangeren sowie Patienten mit Diabetessonderformen   | 24 Monate Praxis in einer Diabetes-einrichtung*<br>10 Tage Hospitation*<br>64 Stunden Präsenzseminare*  |
| <b>DiabetesberaterIn DDG</b>   | Medizinische Fachkräfte** mit 3-jähriger Ausbildung   | Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern und Schwangeren  | 12 Wochen Präsenzunterricht<br>544 Stunden Praxisnachweis<br>1 Woche Hospitation  |
| <b>Aufbauqualifikation für DiabetesassistentInnen zur DiabetesberaterIn DDG</b>                                | Nur für DiabetesassistentInnen mit medizinischem Grundberuf** mit 3-jähriger Ausbildung   | Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern und Schwangeren  | 8 Wochen Präsenzunterricht<br>360 Stunden Praxisnachweis<br>20 Stunden Hospitation  |
| <b>DiabetesassistentIn DDG</b>   | Medizinische Fachkräfte** mit 3-jähriger Ausbildung   | Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 2  | 4 Wochen Präsenzunterricht<br>1 Woche Hospitation   |
| <b>Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)</b>   | Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn, AltenpflegerIn mit 3-jähriger Ausbildung   | Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Kurzzeitpflege  | 2 Wochen Präsenzunterricht  |
| <b>Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)</b>   | Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn, AltenpflegerIn mit 3-jähriger Ausbildung und 1-jähriger Berufserfahrung  | Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Langzeitpflege  | 2 Wochen Präsenzunterricht  |
| <b>WundassistentIn DDG</b>   | Medizinische Fachkräfte** mit 3-jähriger Ausbildung   | Professionelle Wundversorgung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom   | 1 Woche Präsenzzeit<br>24 Stunden Hospitation****   |
| <b>PodologIn DDG</b>   | Staatlich geprüfte medizinische FußpflegerIn, PodologIn   | Medizinische Pflege des Diabetischen Fußes sowie Prävention des Diabetischen Fußsyndroms   | 28 Stunden Präsenzzeit<br>40 Stunden Praktikum ambulant****<br>16 Stunden Hospitation stationär****   |
| <b>Train-the-Trainer „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“</b>  | DiabetologIn DDG/LÄK oder DiabetesberaterIn, examinierte Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerIn, AltenpflegerIn jeweils mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung | Die Trainer erreichen die Schulungsberechtigung für die „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“ und können dann in Trainer-teams die 2-tägige Weiterbildung in ihrer Region selbstständig anbieten. | 1 Tag Präsenzzeit   |
| <b>Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG</b><br>(durchgeführt von Trainern mit Schulungsberechtigung der DDG) | Examinierte Pflegekräfte  | Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in klinischem und stationärem Setting  | 2 Tage Präsenzzeit  |

\* Sonderregelung für approbierte Psychologische Psychotherapeuten siehe Weiterbildungsordnung Fachpsychologe DDG

\*\* Zugelassene medizinische Grundberufe laut jeweils gültiger Weiterbildungsordnung

\*\*\* in einer DDG-zertifizierten Einrichtung

\*\*\*\* in einer DDG-zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung

# GERECHTIGKEIT

## DIABETOLOGIE IM SPANNUNGSFELD VON ÖKONOMISIERUNG UND QUALITÄT DER VERSORGUNG

PRÄSIDENT DIRK MÜLLER-WIELAND UND GESCHÄFTSFÜHRERIN BARBARA BITZER IM GESPRÄCH

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat in ihrem Strategiepapier „Diabetologie 2025“ zehn strategische Handlungsfelder identifiziert, konkrete Maßnahmen formuliert und daraus politische Forderungen an die Politik abgeleitet. Das Gesamtkonzept „Diabetologie 2025“ lässt sich nur dann umsetzen, wenn sich die Politik bewegt. Klare Positionen, kontinuierliche Gespräche, realistische Forderungen und eine große Expertise machen die DDG zu einer gewichtigen Stimme in der Gesundheitspolitik.



**Im Koalitionsvertrag wird der „Kampf gegen Volkskrankheiten“ verankert ... damit wird dieses Konzept für die neue Regierungskoalition verbindlich.**

**Frau Bitzer, im neuen Koalitionsvertrag ist erstmals formuliert, dass die Diabetesversorgung strukturell verbessert werden muss. Das ist ein Verdienst der jahrelangen politischen Arbeit der DDG. Wie ist Ihnen das gelungen, wovon viele andere Organisationen nur träumen?**

**Bitzer:** Vorstand und Geschäftsführung der DDG haben in den letzten Jahren den Fokus auf gesundheitspolitische Aktivitäten und eine klare und starke politische Kommunikation gesetzt. Hier hat sich auch die Geschäftsstelle sehr professionalisiert. Gemeinsam ist es uns gelungen, gute Kontakte zu Vertretern des Gesundheitsausschusses und der Ministerien aufzubauen. Unsere Aktivitäten wurden stets mit professioneller Pressearbeit begleitet, um unsere Botschaften auch in die Öffentlichkeit zu tragen.

Die DDG hat gemeinsam mit diabetesDE – Deutsche Diabetes Hilfe, die die Stimme der Patienten bündelt, die Forderung nach einem nationalen Diabetesplan immer wieder an entscheidenden Stellen vorangebracht. In konstruktiven Gesprächen haben wir immer wieder die entscheidenden Maßnahmen wie zum Beispiel ein nationales Diabetesregister oder verbindliche

**Herr Professor Müller-Wieland, jetzt steht es auf dem Papier: Ein nationaler Diabetesplan soll kommen. Was muss als Nächstes passieren? Welche Rolle hat hierbei die DDG?**

**Müller-Wieland:** Im Koalitionsvertrag wird der „Kampf gegen Volkskrankheiten“ verankert und es heißt wörtlich darin: „Dabei betonen wir die Nationale Diabetesstrategie.“ Damit wird dieses Konzept für die neue Regierungskoalition verbindlich. Die Inhalte einer nationalen

bevölkerungsweite Präventionsmaßnahmen eingefordert. Das war ein „dickes Brett“, daher freuen wir uns, dass jetzt zumindest eine nationale Diabetesstrategie Einzug in den Koalitionsvertrag gehalten hat. Doch es geht weiter, denn die „nationale Diabetesstrategie“ muss nun auch umgesetzt werden.





Diabetesstrategie sind formuliert und bekannt. Eine „Strategie“ ist ein föderales Konzept, die Verantwortlichkeit liegt bei den Ländern. Auf der Bundesebene wird der Rahmen festgelegt, die individuelle Umsetzung muss auf Landesebene erfolgen. Dafür werden wir uns zusammen mit den Regionalgesellschaften der DDG einsetzen.

**Zu einer Ihrer wichtigsten politischen Forderungen gehört die „strukturierte Einbindung der Fachgesellschaft bei gesundheits- und wissenschaftspolitischen Gestaltungsprozessen“. Wie stellen Sie sich das konkret vor?**

**Müller-Wieland:** Der Gesetzgeber und die Organe der Selbstverwaltung haben wissenschaftliche Fachgesellschaften bislang nicht legitimiert, den „medizinischen Standard“ nach SGB V zu definieren. Alle Verfahren der Selbstverwaltung mit gesetzprägendem Charakter werden beispielsweise ohne strukturierte Einbindung wissenschaftlicher Fachgesellschaften vollzogen. Dasselbe gilt für die Millionen von Betroffenen bzw. Patienten, die hierbei keine Stimme haben!

**Die DDG fordert auch eine Mitgestaltung der digitalen Transformation und hat einen „Code of Conduct Digital Health“ formuliert. Darin nimmt die „informationelle Selbstbestimmung des Patienten mit Diabetes“ einen zentralen Platz ein. Welche Ansätze verfolgt die DDG, um Patienten in dieser Hinsicht zu unterstützen?**

**Bitzer:** Informationelle Selbstbestimmung der Patienten bei gleichzeitiger Abwägung der Belange von Versorgung und Forschung (Big Data) ist uns ein großes Anliegen. Das bedeutet, dass der Patient zu jederzeit „Herr über sei-



ne Daten“ bleibt. Er kann durch Freigabe seiner Daten dazu beitragen, Forschung voranzutreiben, und dabei sicher sein, dass alle Aspekte des Datenschutzes berücksichtigt werden. Andererseits muss er aber auch jederzeit den Zugriff auf seine persönlichen Daten ablehnen oder widerrufen können. Beides in Einklang zu bringen, und Menschen mit Diabetes dafür zu sensibilisieren, ist unser Ziel.

**Eine weitere Forderung ist es, dass die Politik die Forschung im Bereich Diabetologie verbessert. Es ist Ihnen vor allem wichtig, dass der Patient rasch von wissenschaftlichen Erkenntnissen profitiert. Wie kann die translationale Forschung gestärkt werden?**

**Müller-Wieland:** Die translationale Forschung, also der zügige Transfer von wissenschaftlicher Erkenntnis in die Patientenversorgung, muss weiter gestärkt werden. Dazu gehören der notwendige Ausbau sowie die weitere Förderung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) und die Etablierung von

klinischen Lehrstühlen möglichst an jeder Fakultät: Diabetes ist eine Volkskrankheit!

**Sie haben in den letzten Jahren immer wieder die zunehmende Ökonomisierung in der Medizin thematisiert, von der insbesondere die Diabetologie mit ihren großen Anteilen an „sprechender Medizin“ betroffen ist. Was muss passieren, damit das, was für die Versorgung von Patienten unabdingbar ist – das Gespräch – wieder einen höheren Stellenwert bekommt?**

**Müller-Wieland:** Das zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) verfolgte Konzept, bzw. der Kodex „Medizin vor Ökonomisierung“, bedeutet, dass die „sprechende Medizin“ ebenso wie technische Maßnahmen anerkannt und vergütet werden muss. Hier muss die Politik die richtigen Weichen stellen. Da bisher die Finanzierung im Gesundheitswesen im Wesentlichen über einen technischen Ressourcenverbrauch geregelt wird, ist die Diabetologie betriebswirtschaftlich nicht interessant. In der Folge sind

bereits verschiedene klinische Lehrstühle für Diabetologie dem Rotstift zum Opfer gefallen, ebenso wie große diabetologisch/endokrinologisch geführte medizinische Abteilungen in Kliniken. Dies gefährdet zudem bereits jetzt die Ausbildung des klinischen Nachwuchses.

**Ist die digitale Medizin hierbei Helfer oder Hemmnis?**

**Bitzer:** Die Digitalisierung birgt großes Potenzial für Entlastung und eine bessere Versorgung – auch in strukturschwachen Regionen. Das heißt konkret: weniger Bürokratie, weniger Doppeluntersuchungen, problemloser Zugriff auf alle Daten des Patienten und die notwendigen medizinischen Informationen und damit auch gute Versorgungsmöglichkeiten in strukturschwachen Regionen. Die gewonnene Zeit käme dem Patienten und seinem berechtigten Bedürfnis nach Gespräch und Zuwendung zugute; diese muss nur auch entsprechend vergütet werden!

## Wir werden die Digitalisierung in der Diabetologie vorantreiben und auch hier die medizinischen Standards definieren.

**Sie haben viel erreicht, aber es gibt noch mehr zu tun: Welche konkreten politischen Vorhaben stehen 2018 auf der Agenda?**

**Bitzer:** Wir sind dabei, Gespräche mit den Mitgliedern des neuen Gesundheitsausschusses zu vereinbaren, diese und andere politisch wichtige Akteure in politische Symposien unserer Kongresse einzubinden und mit ihnen in einen regelmäßigen Austausch zu treten. Ein Fokus liegt bekanntermaßen auf Themen der Prävention, insbesondere der Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas. Konkret sind das die Forderungen nach einer



gesundheitsfördernden Umstrukturierung der MwSt. mit einer transparenten Lebensmittelkennzeichnung, einem Werbeverbot für an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel und verbindlichen Standards für Kita- und Schullernahrung. Unsere Aktivitäten im Rahmen von DANK, der Deutschen Allianz gegen Nichtübertragbare Krankheiten, der inzwischen 22 Fachgesellschaften und medizinische Organisationen angehören, verstärken dies.

**Müller-Wieland:** Ein weiterer Fokus liegt auf dem Bereich Versorgung: Wir fordern eine geregelte transparente bundesweite Zusammenführung und Auswertung der DMP-Daten mit einem Zugriff für die Wissenschaft sowie den Ausbau der translationalen Forschung durch weitere und verstärkte Förderung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung sowie klinischer Lehrstühle an den Fakultäten.

**Bitzer:** Wir werden die Digitalisierung in der Diabetologie vorantreiben und auch hier die medizinischen Standards definieren. Unterstützend wird die DDG unter anderem in diesem Jahr erstmals eine deutschlandweite Veranstaltungsreihe zu praktischen und rechtlichen Aspekten der Digitalisierung für Ärzte, DiabetesberaterInnen und medizinische Fachangestellte kostenfrei anbieten.

**Müller-Wieland:** Ein großes Anliegen sind uns die methodische und diabetesbezogene Erfassung von Patientenrelevanz und die prozedurale Erfassung in den Bewertungen von G-BA und IQWiG. Hierfür müssen wir zunächst die entsprechenden Tools zur methodischen Erfassung von Patientenrelevanz entwickeln – daran arbeiten wir bereits.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

# DIGITALISIERUNG

## DIGITALE MEDIZINPRODUKTE – CHANCEN UND RISIKEN

JOSEF HECKEN

Digitale Medizinprodukte gewinnen rasant an Bedeutung bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – ob es sich dabei um reine Softwareanwendungen (Medical-Apps) handelt oder um Kombinationen aus Software und anderen Medizinprodukten, die beispielsweise Alarmfunktion haben, Dosierungen vorschlagen oder aktiv in biologische Funktionen eingreifen.

Die Anforderungen an die Vigilanz sind aktuell noch gering, jedoch wird das ab 2020 geltende Medizinprodukterecht höhere Anforderungen an deren Sicherheit stellen. Die neue EU-Medizinprodukteverordnung sieht hierzu detaillierte und umfangreiche Regelungen vor. Die darin beschriebenen Anforderungen beziehen sich auf den gesamten Lebenszyklus eines Medizinprodukts und geben Standards für Qualität und Sicherheit vor:

„Hersteller von Medizinprodukten aller Risikoklassen sollen künftig dazu verpflichtet werden, im Rahmen ihres Qualitätsmanagements ein System zur Marktbeobachtung zu implementieren. Diese Informationen sollen im Risikomanagement-System aufbereitet sowie zur Diskussion des Nutzen-Risiko-Verhältnisses in der klinischen Bewertung herangezogen werden. Die Intention hinter diesen verschärften Vorgaben sind die zeitnahe Identifikation von Risiken und die Durchführung von geeigneten Präventiv- und Korrekturmaßnahmen, um ein hohes Maß an Patientensicherheit zu gewährleisten. Die klinische Bewertung rückt damit in den Fokus als zentraler Prozess im Life-Cycle-Management eines Medizinprodukts.“<sup>1</sup>

Aufgrund der großen Bandbreite von unterschiedlichen Medizinprodukten und ihrer Einsatzbereiche ist deren Verordnungs-fähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV) unterschiedlich geregelt. Die dafür erforderlichen Bewertungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben zunehmend auch Methoden unter Einsatz von digitalen Medizinprodukten zum Gegenstand.

Zu den Aufgaben des G-BA gehört es zu bewerten, ob eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der auch ein digitales Medizinprodukt zur Anwendung kommen kann, zulasten der GKV – ggf. mit Qualitätsanforderungen – erbracht werden darf oder nicht.

Diese Nutzenbewertung wird ausschließlich antragsgesteuert vorgenommen. Die vorangegangene Zertifizierung bzw. der nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes vorgegebene Marktzugang des Medizinprodukts ist dabei Voraussetzung für das strukturierte Bewertungsverfahren. An dessen Ende steht die Entscheidung, ob die fragliche Methode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse erforderlich ist.

Ein Beispiel für die Bewertung einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der ein digitales Medizinprodukt zum Einsatz kommt, ist die kontinuierliche interstitielle Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM). Bei dieser Methode wird mittels eines fadenförmigen Sensors kontinu-

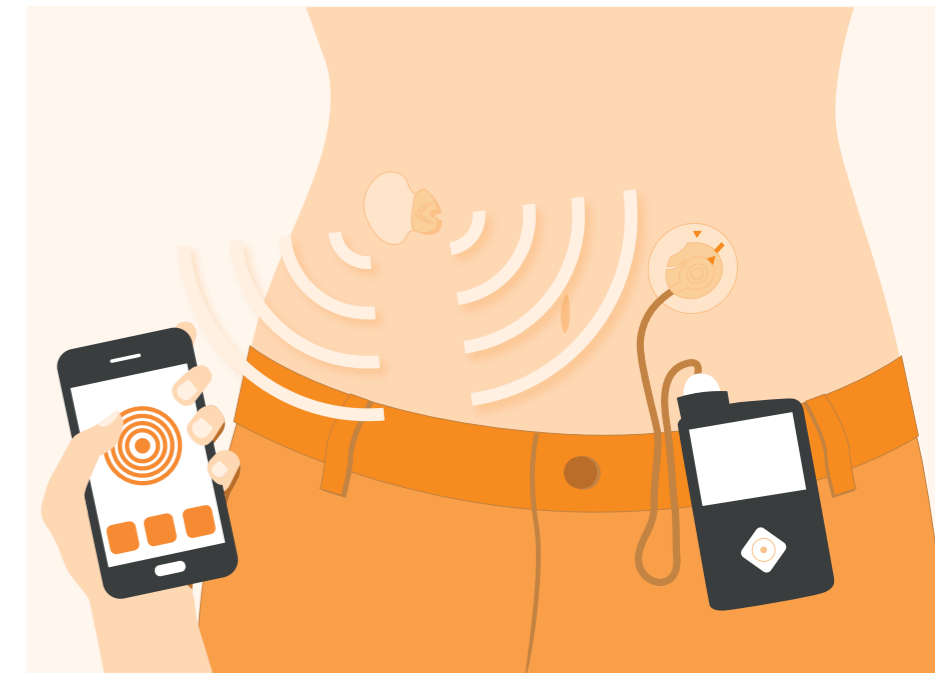


ierlich der Glukosegehalt in der interstitiellen Flüssigkeit des Unterhautfettgewebes – beispielsweise am Bauch – gemessen und an ein tragbares Empfangsgerät gesendet. Ohne weiteres Zutun kann die Diabetikerin oder der Diabetiker jederzeit auf dem Display des Empfangsgeräts den aktuellen Glukosewert sowie den diesbezüglichen Trend ablesen und entsprechend rechtzeitig durch Nahrungsaufnahme oder Insulingabe einer Stoffwechsellage entgegensteuern.

Diese Methode wurde nach einer Nutzenbewertung des G-BA im Jahr 2016 für Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, eine neue GKV-Leistung. Der Beschluss des G-BA zur Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung trat am 7. September 2016 in Kraft. Mit der rtCGM können die Blutglukoseselbstmessungen verringert und die Stoffwechsellage langfristig verbessert werden, ohne dass dabei das Risiko schwerer Unterzuckerungen in Kauf genommen werden muss. Den Einsatz der Methode in der vertragsärztlichen Versorgung hat der G-BA mit qualitätssichernden Vorgaben verbunden. Die einsetzbaren Messgeräte müssen als Medizinprodukt zur rtCGM zugelassen sein. Zudem verfügen sie über eine Alarmfunktion und das Einstellen von individuellen Glukosegrenzwerten ist möglich.

Die Hersteller entwickeln diese Technologie für das kontinuierliche Glukosemonitoring dynamisch weiter mit der Aussicht, das Diabetesmanagement zu verbessern und dieses für Patientinnen und Patienten, insbesondere auch für an Diabetes erkrankte Kinder, sicherer und flexibler zu gestalten. So bieten mobile rtCGM-Systeme inzwischen auch die Möglichkeit, sämtliche rtCGM-Informationen mit weiteren Personen über eine Follower-App zu teilen. Derzeit befasst sich der G-BA mit der Überprüfung des aktuellen medizinischen Kenntnisstands zur kontinuierlichen Glukosemessung, um Patientinnen und Patienten mit Diabetes die bestmögliche Versorgung zur Verfügung stellen.

Die Auswertung solcher Gesundheitsdaten bringt neben besseren Diagnose- und Therapieoptionen jedoch auch Risiken mit sich. Ethiker und Datenschützer haben erhebliche Bedenken, was die Sammlung und Analyse sensibler Gesundheitsdaten und die Entwicklung innovativer digitaler Therapieansätze sowie die Datenvernetzung betrifft. Laut G-BA-Beschluss zur rtCGM muss sichergestellt werden, dass Verwendung, Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten allein zum Zweck der Behandlung der



Patientin oder des Patienten erfolgen und eine Nutzung ohne Zugriff Dritter, insbesondere der Hersteller, möglich ist.

Die aktuelle Stellungnahme des Ethikrates „Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung“<sup>2</sup> gibt sehr wertvolle Denkanstöße zu diesem Thema und zeigt die Chancen und Risiken zunehmender Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung auf. Auch der G-BA wird sich – wie alle weiteren Akteure in der medizinischen Versorgung – diesen komplexen inhaltlichen und methodischen Herausforderungen bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit digitalen Medizinprodukten zu stellen haben.

Professor Josef Hecken ist seit 1. Juli 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Von 2004 bis 2008 war er saarländischer Justiz- und Gesundheitsminister und von 2009 bis 2012 Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Literatur:

1 Schwegler, Manuela/Schübel, Christian Erhöhte Anforderungen an die klinische Bewertung von Medizinprodukten in MPJ Heft 2 2017

2 Deutscher Ethikrat Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Stellungnahme, 30. November 2017



# NACHWUCHS DIABETOLOGIE IM STUDIUM STÄRKEN

NEUE AG „NACHWUCHS IN KLINIK UND FORSCHUNG“

An vielen Universitäten in Deutschland ist die Diabetologie im Medizinstudium unterrepräsentiert. Mancherorts wird die komplexe Erkrankung Diabetes mellitus in einer nur eineinhalbstündigen Vorlesung abgehandelt. Was das für die zukünftige Versorgung der Millionen an Diabetes Erkrankten heißt, kann man sich leicht vorstellen. Eine neue Arbeitsgemeinschaft der DDG „Nachwuchs in Klinik und Forschung“ will hier gegensteuern.

Wer sich mit dem Thema Diabetologie in der medizinischen Ausbildung befasst, kommt schnell zu dem Ergebnis, dass es große Defizite gibt. Die Medizinstudenten erfahren nur am Rand von der Stoffwechselerkrankung, von der in Deutschland mehr als 6,7 Millionen Menschen betroffen sind. Auch Assistenzärzte haben eher selten die Möglichkeit, die Diabetologie in der klinischen Praxis kennenzulernen. Das gab im Herbst 2017 den Impuls, die DDG Arbeitsgemeinschaft „Nachwuchs in Klinik und Forschung“ zu gründen. Einen nicht geringen Anteil an dieser Initiative haben die jungen Reisestipendiaten der DDG: Das erste Treffen der AG fand auf der Diabetes Herbsttagung in Mannheim statt. Die derzeit rund 20 Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft möchten den DDG Vorstand darin unterstützen, die Lehre und Karriereöglichkeiten im Bereich der Diabetologie zu verbessern, um in Zukunft genügend interessierte Mediziner und Naturwissenschaftler für die Praxis, Klinik und Forschung zu gewinnen.

Neben den beiden DDG Vorstandsmitgliedern, Professor Dr. Annette Schürmann und Professor Dr. Jochen Seufert, sind vor allem Medizinstudierende verschiedener Fakultäten und junge Assistenten in der AG engagiert.



Durch ein Reisestipendium an Kongress oder Herbsttagung teilnehmen und von erfahrenen Experten intensiv betreut werden: So weckt man Leidenschaft für die Diabetologie.

Darunter die Medizinstudentin Maïke Pollmanns, die sich zusammen mit den beiden erfahrenen Diabetologen dafür einsetzen will, Studierende für die Diabetologie und eine wissenschaftliche Laufbahn zu begeistern.

Hauptziel der AG ist es, die Diabetologie im Studium zu stärken und Studierende möglichst früh für die Erkrankung Diabetes zu sensibilisieren. Das setzt eine starke Präsenz in der universitären Lehre voraus. Die Mitglieder der AG werden sich in einem nächsten Schritt – mithilfe der Mediziner-Fachschaften – einen Überblick über die Verteilung der Lehrstühle und den derzeitigen Stand der diabetologischen Lehre an verschiedenen Universitäten verschaffen. Auf der Basis dieser „Bestandsaufnahme“ wird dann das weitere Vorgehen geplant.

Auf der Agenda stehen bereits einige konkrete Vorhaben: Es wird ein Pilotprojekt „Abendvorträge an Universitäten“ zu aktuellen Themen aus der Diabetologie geben. Zu diesen Veranstaltungen sollen dann neben den MedizinstudentInnen auch Studierende und Doktoranden aus anderen Fachbereichen eingeladen werden. Eine Stellenbörse für Famulatur-, Hospitations- und PJ-Plätze wurde be-

reits umgesetzt. Eine Plattform für Master- und Doktorarbeiten ist geplant. Um dem Nachwuchs auf den Kongressen noch mehr Raum zu geben, ist bereits für den Diabetes Kongress im Mai 2018 in Berlin ein spezielles Symposium „Nachwuchs für Nachwuchs“ geplant.

Die Förderung des diabetologischen Nachwuchses ist seit vielen Jahren ein Schwerpunkt der Arbeit der DDG. Sie vergibt seit einigen Jahren Reisestipendien. Im Jahr 2017 erhielten 220 Bewerber diese Unterstützung. Die DDG vergibt die Stipendien zum Diabetes Kongress, zur Diabetes Herbsttagung und zum Annual Meeting der European Association for the Study of Diabetes (EASD). Die Stipendiaten haben dort die Möglichkeit, mehr über die Diabetologie zu erfahren und sich mit Kommilitonen und Kollegen zu vernetzen. Während der Kongresse betreuen erfahrene Mentoren den Nachwuchs. Speziell auf die Stipendiaten zugeschnittene Workshops zu Themen wie „Karriereplanung in der Diabetologie“ oder „Wie schreibe ich ein wissenschaftliches Paper?“ runden das Programm ab. Unter den Teilnehmenden sind je nach Tagung Medizinstudierende, PsychologiestudentInnen mit Diabetes-schwerpunkt, PJler, junge AssistenzärztInnen und WissenschaftlerInnen.

#### KONTAKT:

Arbeitsgemeinschaft  
„Nachwuchs in Klinik und Forschung“  
Sprecher der AG:  
Prof. Dr. Annette Schürmann  
(schuermann@dife.de)  
Prof. Dr. Jochen Seufert  
(jochen.seufert@uniklinik-freiburg.de)  
Maïke Pollmanns  
(maike.pollmanns@rwth-aachen.de)



[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns/arbeitsgemeinschaften/ag-nachwuchs-in-klinik-und-forschung.html](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns/arbeitsgemeinschaften/ag-nachwuchs-in-klinik-und-forschung.html)

#### NACHWUCHS FÜR DIE DIABETOLOGIE: KAMPAGNE VON DDG UND DEM BUNDESVERBAND NIEDERGELASSENER DIABETOLOGEN (BVND):

Um den akademischen Nachwuchs in seinen Praxisphasen für das Fach Diabetologie und die sprechende Medizin zu begeistern, fordern DDG und BVND alle niedergelassenen Diabetologen auf, sich für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin sowie als Lehrpraxis für Famulanten, aber auch als akademische Lehrpraxis fürs PJ zur Verfügung zu stellen.  
[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html)



## PFLEGENDE MÜSSEN MEHR ÜBER DIABETES WISSEN

DDG BAUT TRAINERNETZWERK FÜR PFLEGEFORTBILDUNG AUF

Fast drei Millionen Menschen sind in Deutschland pflegebedürftig. Etwa ein Drittel von ihnen wird vollstationär in Pflegeheimen versorgt, die anderen werden von ambulanten Pflegekräften und von Angehörigen betreut. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung und damit nimmt auch die Zahl der an Diabetes Erkrankten stetig zu. Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 auf 3,4 Millionen Menschen ansteigen wird. Der Bedarf an qualifiziertem Wissen für Pflegenden über eine chronische Erkrankung wie Diabetes ist enorm und wird noch steigen. Auf diese Entwicklung hat die DDG mit einem weiteren Fortbildungsangebot reagiert: Examinierte Pflegekräfte können mit einer zweitägigen Fortbildung die Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG erwerben.

Durchgeführt wird diese Pflegefortbildung von Trainerteams mit Schulungsberechtigung der DDG. Um diese Berechtigung zu erwerben, müssen die Trainer in spe zunächst selbst ein Trainerseminar absolvieren. Einen Tag dauert dieser Kurs für die Trainerteams. Es soll sie befähigen, den Kursteilnehmern der Fortbildung Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG das grundlegende Wissen über Therapie, Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes zu vermitteln, damit der Pflegeprozess optimal ablaufen kann. Dazu gehört auch, dass die Pflegenden den diabetesspezifischen Pflegebedarf einschätzen lernen, Kenntnisse zu Einleiten, Umsetzen und Überwachen von Veränderungsanforderungen sowie zu Entlassungsmanagement und interdisziplinärer Zusammenarbeit erwerben.

Ein Trainerteam besteht aus zwei oder drei ExpertInnen: einem/r DiabetologenIn und einem/r DiabetesberaterIn mit Pflegeausbildung. Liegt die Pflegequalifikation der/des BeraterIn nicht vor, muss eine diabetesversierte Pflegekraft ins Team geholt werden. Alle Trainer haben eine mindestens dreijährige Berufserfahrung und verfügen über die Schulungsberechtigung der DDG.

Die Trainerausbildungen finden jeweils beim Diabetes Kongress im Frühjahr und bei der Diabetes Herbsttagung statt. In den 2017 auf den DDG Tagungen angebotenen Trainerseminaren wurden bereits 50 Experten fortgebildet, die nun in ihren Heimatregionen die Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG anbieten werden. Ein umfangreiches Handbuch nebst Folien – mitgeliefert auf einem USB-Stick – bildet den Kern des Arbeitsmaterials für die Trainer. Der Beispielfall, der im Basiskurs für Pflegenden besprochen wird, hat den „geriatrischen Patienten“ zum Gegenstand – weitere Fallbeispiele sind geplant.

Das ärztliche Teammitglied erhält zudem einen „Instant-Aging-Koffer“. Darin enthalten sind Utensilien, mit denen die Kursteilnehmer spielerisch simulieren können, wie es beispielsweise ist, mit eingeschränktem Sehvermögen Messwerte abzulesen oder mit steifen Händen (hier kommen Arbeitshandschuhe zum Einsatz) Schraubverschlüsse zu öffnen. Sowohl die Therapie als auch das Selbstmanagement werden stark durch die altersbedingten Einschränkungen beeinflusst.

Den Kursteilnehmern gelingt es, die Perspektive der Patienten einzunehmen und die Alltagshürden, die der Patient überwinden muss, zu erkennen und Lösungen für diese zu finden.

Das zweitägige Fortbildungsangebot Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG kann in Kliniken, Heimen, bei einem Pflegedienst oder auch in einer Praxis angeboten werden. Außerdem können beispielsweise die DDG Regionalgesellschaften das 16-stündige Curriculum in ihr eigenes Fortbildungsangebot integrieren. Der Erwerb der Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG kostet 275 Euro für examinierte Pflegenden.

Wenn ein Kurs von einem Trainerteam durchgeführt worden ist, stellt die DDG die Teilnehmerzertifikate aus. Sie wird die neue Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG in ihren Medien und bei Pflegeeinrichtungen bekannt machen und pflegt einen Trainerpool.

Die Basisqualifikation kann auch im Rahmen der Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ zur Qualifizierung des Pflegepersonals genutzt werden.

Weitere Informationen unter:



[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg/train-the-trainer-seminar.html](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg/train-the-trainer-seminar.html)

### TRAIN-THE-TRAINER SEMINAR „BASISQUALIFIKATION DIABETES PFLEGE DDG“

#### Zielsetzung:

Die Trainer erreichen die Schulungsberechtigung für die „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“, das heißt, sie qualifizieren examinierte Pflegekräfte im Bereich Diabetes und Pflege. In Trainerteams können sie dann die zweitägige Fortbildung in ihrer Region selbstständig anbieten. Teilnehmer erhalten eine Teilnahmebescheinigung der DDG.

#### Umfang:

1-tägiges Fortbildungsangebot

#### Zielgruppe:

- DiabetologInnen DDG/LÄK
  - DiabetesberaterInnen
  - examinierte Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerInnen
  - examinierte AltenpflegerInnen
- und mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung

#### Kosten:

Die Kosten für das Seminar belaufen sich für Ärztinnen/Ärzte auf 500 Euro, für DiabetesberaterInnen auf 350 Euro.



Einschränkungen bei alten Menschen beeinflussen die Therapie und das Selbstmanagement. Die Kursteilnehmer schlüpfen in deren Rolle.

### ERFAHRUNGEN UND WISSEN AUS DER PRAXIS FÜRS CURRICULUM

Die Fortbildung „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“ wurde im Auftrag der DDG von Doris Schöning, Krankenschwester, Diabetesberaterin und Diabeteswissenschaftlerin von der Akademie für Gesundheitsberufe in Rheine, und Ethel Narbei, Krankenschwester, Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin und Leiterin der Berufsfachschule Altenpflege Wolfsburg, entwickelt. Ärztliche Expertise brachten die Diabetologen, Geriater und Mitglieder der AG Geriatrie und Pflege der DDG, Dr. med. Alexander Friedl vom Krankenhaus Bad Cannstatt und Dr. med. Jürgen Wernecke vom Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg ein.



Alexander Friedl, Doris Schöning und Susa Schmidt-Kubeneck.



# ZERTIFIKATE DREI AUF EINEN STREICH – TEAMGEIST ALS TREIBENDE KRAFT

ZERTIFIZIERTE DIABETESBEHANDLUNG IM OSTEN BERLINS

Das Büro liegt linker Hand des imposanten Hauptgebäudes – ein Neorenaissance-Krankenhauskomplex, spätes 19. Jahrhundert, im Osten Berlins. Aus dem Königin Elisabeth Hospital und dem Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg entstand 1992 das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH). Dr. Jan Theil ist dort Chefarzt der Inneren Medizin – Kardiologie, Angiologie, Diabetologie und weit über die Stadtgrenzen hinaus bekannt für seine Expertise bei der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms. Aber nicht nur das: Das KEH hat gleich drei DDG Zertifikate, das haben bisher nur wenige Kliniken in Berlin.

Es ist kühl im Büro, Chefarzt Theil mag es so – er trägt einen kurzärmeligen Kittel, strahlt Energie und Tatkraft aus, ohne hektisch oder getrieben zu wirken. Dr. Theil nimmt sich Zeit.

Um zu erklären, wie es zu der ersten DDG Zertifizierung „stationäre und ambulante Fußbehandlungseinrichtung“ 2014 kam, muss er ausholen. „Wir hatten 2008 bei unseren Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom hauptsächlich eine Amputations-Chirurgie“, erinnert sich der 45-Jährige. Das wollte er ändern, Ziel sollte der Fußerhalt sein. Mit Konzepten für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) im Gepäck suchte er sich Mitstreiter im Haus – Chirurgen, Anästhesisten, Gefäßmediziner, Pflegekräfte. Die Amputationsquoten konnten gemeinsam gesenkt werden. „Die wichtigste Frage in Bezug auf meine DFS-Patienten aber war: Wie geht es bei ihnen weiter, wenn sie entlassen worden sind?“, erzählt Theil. Nicht gut, lautete die Antwort. Theil hatte eine Versorgungslücke entdeckt, die er schließen wollte.

## **Fußerhaltende Chirurgie ist in allen Abteilungen fest verankert: So konnte jede zweite Fußamputation vermieden werden.**

Mit Unterstützung der Geschäftsführung seiner Klinik spricht der Chefarzt fortan mit KV und Kassen, setzt sich ein, bekommt 2012 schließlich eine Ermächtigung für eine Fußambulanz. Heute sieht er seine entlassenen Patienten wieder, ein bis zwei Mal im Quartal kommen die DFS-Behandelten zu ihm in die Sprechstunde. Damit verknüpft ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Orthopädieschuhmachern. „Die parallel laufenden Vorbereitungen für die Zertifizierung waren arbeitsintensiv“, blickt Theil zurück. „Aber immer wieder auch ein Impuls, die eigene Tätigkeit zu überprüfen.“

Die Mühe hat sich gelohnt. Die neue DFS-Behandlungsstruktur ist erfolgreich, wie die Zahlen belegen. „Zu Beginn hatten wir 45 bis 50 Prozent Amputationen, Minor- und Major-Varianten zusammengenommen“, berichtet Theil. 2017 liegt die Quote bei unter 25 Prozent. Fußerhaltende Chirurgie sei jetzt in allen beteiligten Abteilungen fest verankert, stellt Theil fest. Ob er Feedback erhalte? „Hausärzte und Diabetologen schicken uns ihre Patienten“, antwortet der gebürtige Berliner. „Sie sind wohl der Meinung, dass wir gute Arbeit machen.“ „Da hat sich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit entwickelt.“ Und die Patienten kommen gern.

Eine Versorgungslücke war geschlossen, das erste DDG Zertifikat erworben. Doch Zurücklehnen ist Theils Sache nicht. Denn im Verlauf des Zertifizierungsprozesses waren neue Fragen aufgetaucht: Was ist mit Patienten, die nicht als „schwere Fälle“ mit DFS ins KEH kommen? Die mit der Nebendiagnose Diabetes eingeliefert werden? Mit Menschen, die gar nicht wissen, dass sie an Diabetes leiden? „Es war dann unser Geschäftsführer, der den Anstoß gab für den Erwerb des Zertifikats ‚Klinik für Diabetespatienten geeignet‘“, berichtet Theil. Die nötige Strukturarbeit wurde ein Kraftakt für alle Beteiligten. Besonders galt das für die DiabetesberaterInnen, die sehr engagiert die Pflegekräfte schulten.

Doch die Prozesse etablierten sich, das System fing an zu greifen. Heute werden Patienten direkt bei der Einweisung auf Diabetes untersucht und die zentralen Informationen erfasst; Blutzuckerwerte, Hypoglykämien, Nierenfunktion, Medikamente – alles abrufbar in einer elektronischen Patientenakte. Bald sprach sich herum, dass Diabetespatienten im KEH gut versorgt werden, immer mehr kommen nach Lichtenberg. Die Zahl der Diabetesdiagnosen steigt, über 4.000 Haupt- und Nebendiagnosen sind es inzwischen pro Jahr. Davon profitiert die Klinik insgesamt. „Wir haben aus vielen Abteilungen positive Rückmeldungen erhalten“, sagt Theil. Dass zur feierlichen Übergabe des zweiten Zertifikats auch DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer kommt, verstärkt die Wirkung.

Für den Chefarzt längst kein Grund, sich zufriedenzugeben. Er hatte unterdessen eine weitere Stellschraube im Behandlungsprozess identifiziert. „Patienten mit Diabetes haben psychisch eine große Last zu tragen, das wissen wir. Aber wissen wir auch, was das bewirkt, wenn sie lernen sollen, ihre Krankheit zu akzeptieren und selbstständig zu managen?“, fragt Theil. Psychologen und Sozialarbeiter wurden in die Prozesse integriert. Ein Screening auf psychische Beeinträchtigungen ist inzwischen Standard. Das hat direkte Auswirkungen auf



Für Jan Theil sind die DDG Zertifikate nicht nur Auszeichnung, sondern immer auch Anstoß, noch besser zu werden.

die Therapie. „Wenn die Psychologin etwa feststellt, dass ein Patient nicht 45 Minuten am Stück Informationen aufnehmen kann, baut die Diabetesberaterin die Schulung von vornherein anders auf“, erklärt Theil.

Und was war die Motivation für das dritte DDG Zertifikat? „Teamspirit – plötzlich waren alle motiviert, das auch zu schaffen“, so Theil. Für das Gütesiegel „Diabeteszentrum DDG“ sind hohe Behandlungszahlen pro Quartal nachzuweisen, die Stellschlüssel bei den BeraterInnen und AssistentInnen müssen stimmen, qualifizierte Patientenschulungen angeboten werden, Hospitationen stattfinden. „Hinzu kommt, dass wir komplexe Fälle aufnehmen“, erklärt der Angiologe. Dies alles signalisiert jungen Ärzten: Das KEH ist ein attraktiver „Ausbildungsbetrieb“, diabetologischer Nachwuchs wird optimal gefördert.

Hat sich der ganze Aufwand im Rückblick gelohnt? DDG Zertifikate sind Wegmarken und Impulse für einen andauernden Erneuerungsprozess, da ist sich Dr. Theil sicher. Wohin der führen kann, zeigt eine zwei Quadratmeter große Bauzeichnung, die am Bücherregal hängt – die neue Diabetesstation mit 19 Betten, mit ambulantem Fußbehandlungszentrum, Schulungsräumen und Platz für Physiotherapie und Sport. „Zertifizierung ist viel Arbeit, aber machbar, wenn man eine Perspektive hat“, bilanziert der Chefarzt.

Im Fall der Lichtenberger Klinik ist sie schon ganz deutlich sichtbar. Hinter dem Altbau aus Ziegel ragt der rote Backsteinneubau der Diabetesstation hervor.

# ZUSAMMENHALTEN FAMILIEN AUF DIE COUCH!

DIABETES TYP 1 IST NICHT NUR INSULINTHERAPIE

In einer Klinik in Waren an der Müritz, Mecklenburg, ist Diabetes nicht nur eine ernste Diagnose. Für die Leiterin der Kinderklinik ist es auch der Anlass, die betroffenen Familien zu stärken und sie mithilfe der Systemischen Familientherapie fit im Umgang mit der Krankheit zu machen.

Mirko\* hat Diabetes. Zwei Jahre schon. Jetzt ist er 15, mitten in der Pubertät und zur ambulanten Verlaufskontrolle im Müritz-Klinikum in Waren. Dr. Kathrin Hake, Chefärztin der Kinder- und Jugendmedizin, grüner Kittel, 57 Jahre, sitzt ihm gegenüber.

„Wie geht es dir?“ „Muss ja“, sagt Mirko. Sein Gesicht ist regungslos und wird sich in den nächsten 20 Minuten kein einziges Mal zu einem Lächeln verziehen. Nur die Beine wippen unruhig auf und ab. Kathrin Hake irritiert das nicht. „Was macht dein Bruder?“ „Ist in Russland.“ „Ach was! Kann der denn Russisch?“

Mirkos HbA1c-Wert, der Langzeitblutzuckerwert, liegt bei 7,6 und ist damit mittlerweile absoluter Durchschnitt in der Klinik. Als Dr. Hake 2012 in Waren die Kinderdiabetologie etablierte, hatten die meisten Patienten HbA1c-Werte > 10 Prozent. „Wir haben viele sehr schlecht eingestellte Patienten übernommen“, sagt sie. Dr. Hake hatte die kinderdiabetologische Ausbildung in einem der großen kinderdiabetologischen Zentren, im Lindenhof in Berlin (heute Sana-Klinikum) und in der Psychiatrie hinter sich, als sie die Leitung der Warener Kinderklinik übernahm. „Meine vielleicht wichtigste Erkenntnis war, dass die Diabetes-einstellung nur dann erfolgreich sein kann, wenn es gelingt, eine Beziehung zu der ganzen Familie aufzubauen“, sagt sie. Der Arzt hat das Ziel, eine gute Stoffwechseleinstellung zu erreichen. Aber die Familie hat vielleicht andere Prioritäten und so sei es wichtig, gemeinsam ein Ziel oder Ziele zu definieren und zu überlegen, wie diese zu erreichen sind. Das gelingt nur in einem kontinuierlichen Prozess und meist nicht auf Anhieb.

Dr. Hake und ihr Team arbeiten als einzige Kinderdiabetologie in Deutschland mit der Methode der Systemischen Familientherapie: Dem „Reflecting Team“. Dieses Modell wurde in Finnland etabliert, um Menschen mit Psychosen und Schizophrenien im häuslichen Umfeld besser helfen zu können und lange stationäre Aufnahmen zu vermeiden.



## „Ich würde mir mehr Familientherapie in der Kinderdiabetologie in Deutsch- land wünschen.“

Mithilfe dieser Gesprächstechnik wird es für die Betroffenen möglich, schmerzhaften Erfahrungen eine Sprache zu geben. Nach einer Erstdiagnose lädt Dr. Hake das Kind und alle wichtigen Personen, wie die Eltern, Geschwister und weitere enge Verwandte ein, und bildet in ihrem Büro zwei Stuhlkreise. Während die Kleinfamilie im Interview im inneren Kreis über ihre Ängste, Erfahrungen und Hoffnungen spricht, hören das Diabetesteam und die nicht im Gespräch befindlichen anderen Familienmitglieder nur zu. Nach einer gewissen Gesprächszeit reflektiert das Therapeutenteam das

Gehörte und die Familie erfährt, wie das Diabetesteam sie wahrnimmt. Es gibt keine Wertungen, nur Beobachtungen, der Ausgang der Runde ist am Anfang immer ungewiss. In der dritten Runde wird die Familie nochmals befragt, wie es ihr mit dem Gehörten ergangen ist und ob Gedanken dabei waren, die wichtig für sie sind, ob das Team sie richtig verstanden hat und welche Hilfe sie brauchen, um den Diabetes in ihren Alltag zu integrieren.

„Die Idee ist, die Familie in der größten Not, drei, vier Tage nach der Diagnose, zu erreichen. Die Eltern sind dann oft am Boden zerstört, müssen sich damit auseinandersetzen, dass sich ihr Kind lebenslang spritzen wird, dass es Einschränkungen für die ganze Familie gibt. Viele Eltern können sich die Zukunft ihrer Kinder plötzlich nicht mehr vorstellen, denn die Kinder sind ihre Hoffnungsträger. In dieser Situation sind die Eltern oft bereit, sich zu öffnen. Näher kommt man meist nie wieder an die Familie heran. Und was man da erfährt, sprengt manchmal den Rahmen“, erklärt die Ärztin.

In etwa 50 Prozent der Fälle sieht Dr. Hake stabile Familien, die füreinander einstehen, die der Diabetes nicht erschüttern kann. Aber sie erfährt auch von Begleiterkrankungen wie ADHS, Schulproblemen oder Essstörungen. Oder von Beziehungsproblemen, Miss-



brauch und Arbeitslosigkeit. Um diese zusätzlichen Belastungen auch im Sinne einer erfolgreichen Diabetesbetreuung aufzufangen, arbeitet Dr. Hake intensiv mit Jugendämtern und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen. Im Anschluss an das „Reflecting Team“ vermittelt sie Eltern dann passgerechte Hilfen wie beispielsweise Erziehungsberatung oder gibt den Anstoß, eine Psychotherapie zu beginnen.

Nach dem stationären Aufenthalt kommen die Patienten mit ihren Eltern alle sechs Wochen in die Ambulanz, um die Einstellung zu überprüfen. Und führen dann Gespräche mit Dr. Hake und ihrem Team. Wie heute Mirko und seine Mutter.

„Wir haben Mirko von Anfang an viel selber machen lassen“, sagt seine Mutter. „Auch weil ich damals ja meine Rosinen im Kopf hatte, musste er früh selber ran.“ Rosinen im Kopf? Als Mirko die Erstdiagnose bekam, hatte die Mutter schwere psychische Probleme. Ohne die Ausbildung in der Psychiatrie und die Systemische Familientherapie wüsste Kathrin Hake wohl nicht davon und hätte die Mutter auch nicht darin unterstützen können, eine Therapie zu machen. Weil die Ärzte und Kliniken im Umkreis wissen, dass Familien mit besonderen Problemen gut in der Müritz-Klinik aufgehoben sind, schicken sie ihre Patienten gern hierher. Der Einzugsbereich liegt im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern

im Schnitt bei 40 bis 60 Kilometern, Telemedizin ist Alltag. „Ich würde mir mehr Familientherapie in der Kinderdiabetologie in Deutschland wünschen“, sagt Kathrin Hake. „Vor allem aber auch, dass diese Form der Betreuung abgerechnet und finanziert werden kann.“

Das Ziel in der Kinderdiabetes-Arbeit ist, am Ende der Pubertät einen gut eingestellten 18-Jährigen in die Erwachsenenmedizin zu entlassen und das Kind bei der Ablösung von der Familie in die Selbstständigkeit möglichst gut zu begleiten. Um den Übergang zu den Internisten sicher hinzubekommen, führt die Klinik regelmäßig Transitionsworkshops für die Jugendlichen durch.

Das aufgebaute Vertrauen aus der Zeit der Erstdiagnose hilft in der Arbeit mit den älteren Jugendlichen enorm. Nach der Auswertung von Mirkos HbA1c-Wert, den BZ-Protokollen, kommen die heiklen Fragen. Rauchst du? Trinkst du Alkohol? Und: „Soll ich dir noch was gegen deine Akne aufschreiben?“ Das fragt die Ärztin so beiläufig, dass es unmöglich unangenehm sein kann. Zum Abschluss lädt sie Mirko zum Sommercamp ein. Seine Gesichtszüge geben weiterhin keine Regung preis. „Ich werde wahrscheinlich auch dabei sein“, sagt Dr. Hake. „Das ist cool“, sagt Mirko.

\* Name geändert



# ZUKUNFT KÜNSTLICHE INTELLIGENZ UND DIE ZUKUNFT DER MEDIZIN

BERTRAM HÄUSSLER

Künstliche Intelligenz. Der Begriff setzt starke Fantasien frei. Maschinen bekommen unsere ureigene menschliche Eigenschaft übertragen und können zu unseren Helfern, Arbeitern, Robotern werden. Der Traum von einem Leben ohne Arbeit rückt näher. Wenn aber Intelligenz gezüchtet werden kann und wenn sie sich in unsere menschliche Welt nicht mehr erkennbar und nicht mehr beherrschbar einnistet, wird der Traum zum Albtraum. Aus der Drohne von heute kann eine unkontrollierbare Armee von autonomen Killerrobotern werden, maschinelle Intelligenz könnte die Kontrolle über unsere Computernetzwerke erlangen und unser Leben sabotieren. Die Global Challenge Foundation hält künstliche Intelligenz für einen ebenso kritischen Faktor bezüglich der Weiterexistenz der Menschheit wie den Klimawandel oder das globale Arsenal an Kernwaffen.

„Lassen wir das lieber“ ist aber keine Option. Zu groß ist der Reiz der Entwicklung. Schon im Kinderzimmer sitzen die kleinen Ingenieure an ihren programmierbaren Bots und vergessen Zeit und Hunger. In den Start-ups der Metropolen jagen Hunderttausende das Ziel, eine disruptive Entwicklung anstoßen zu können, die das Leben für irgendjemanden schlagartig einfacher macht und sie selbst steinreich. In den Laboren, Instituten und Thinktanks sind Millionen von der Idee beseelt, eine Entdeckung oder Entwicklung zu machen, die es ermöglicht, noch mehr in die Abläufe des Lebens einzugreifen. Diese Impulse sind nicht zu bändigen und werden durch die Ökonomie der Innovation so mächtig angetrieben, dass Warnrufe sie nicht stoppen könnten. Uns bleibt der Wunsch, es möge gutgehen – wir wollen uns den positiven Seiten zuwenden.

Können Roboter und künstliche Intelligenz uns dabei helfen, unsere Sorge um die Gesundheit zu unterstützen, und womöglich gar revolutionieren und, wenn ja, wie? Die Antwort setzt voraus, dass wir etwas genauer klären, was das denn ist, die künstliche Intelligenz.

Der Begriff ist sehr weit und umfasst außer der Erforschung und Entwicklung humanoider Maschinen eine sehr breite Palette von technischen Systemen, die uns irgendwie „intelligent“ vorkommen, weil sie etwas können, was normalerweise eben nur Menschen können: Sprache oder Handschriften erkennen und in Text umwandeln und umgekehrt, Bilder erkennen und auf ihren Inhalt analysieren, ein Auto auf der Straße halten, ohne dass der Fahrer Lenkung, Bremse und Gaspedal betätigen muss. Aber es gibt auch zunehmend Systeme, die etwas können, was Menschen nie konnten, was uns aber dennoch intelligent erscheint, hochgradig intelligent sogar.

Von all diesen Möglichkeiten sollen zwei hervorgehoben werden, die unsere Sorge um Gesundheit stark verändern wird: die aktive Verfügung über den globalen Wissensschatz sowie die Digitalisierung des Gesundheitssystems.

Die Verfügung über Wissen setzt bis heute voraus, dass Menschen schreiben für Menschen, die lesen. So gesehen wird man sich fragen, ob es denn heute keine aktive Verfügung über das globale Wissen gibt. Im Prinzip hat die globale wissenschaftliche Gemeinschaft keine nennenswerten Hürden zu überwinden, um an das Wissen der anderen zu gelangen, mit Ausnahme der Hürden, die von den Paywalls ausgehen, die mächtige Verlage errichten konnten. Aber auch bei vollständig unbegrenztem Zugang steht einer echten Nutzung die Unmöglichkeit entgegen, die schiere Masse der Publikationen und ihr



exponentielles Wachstum zugänglich zu machen. Wo Roboter helfen, mit immer weniger Menschen gewaltige Mengen an Automobilen zu produzieren, gibt es noch keine ausreichenden Parallelen bei der Wissensverarbeitung. Erst wenn Maschinen lesen und verstehen werden, was Menschen geschrieben haben, und wenn Maschinen sinnvolle Dokumentationen von Forschungsprojekten schreiben werden, wird es zu einem weiteren Produktivitätsschub bei Forschung und Translation in die Anwendung kommen können. „Natural language processing“ wird die semantische Struktur von Texten erfassen. „Machine learning“ wird dafür sorgen, dass dieser Prozess zunehmend unabhängig von menschlichem Zutun zu validen Ergebnissen führt. „Dr. Watson“ mag schon das eine oder andere verstehen können, aber die wahre Revolution durch die Proliferation dieser Technologien in die gesamte Forschungs- und Behandlungsgemeinde steht kurz bevor.

Wenn dereinst auch einmal in Deutschland ein digitales Gesundheitssystem installiert sein wird, wird einem die Nutzung von Fitnessbändern und -Apps vorkommen wie in früheren Zeiten das

Einkaufen mit dem Quelle-Katalog. In einem digitalen Gesundheitssystem wird der Patient zum User und zwischen ihm und den Gesundheitsexperten wird sich eine leistungsfähige Schicht von digitalen Filtern und Prozesssteuerungen schalten. Ähnlich wie beim heute schon weitverbreiteten „E-Commerce“ à la Amazon wird ein Großteil der heute erforderlichen Kontakte mit dem Gesundheitssystem überflüssig werden. Elektronische Avatare (oder Telefoniesysteme in einer Vorstufe) werden die gesundheitliche Problemlage vorklären und teilweise eine Lösung zuführen. Sensoren und Diagnostikgeräte werden im Preis so weit gefallen sein, dass sie im Haushalt verfügbar sein werden. Die Diagnostik wird vielfach keinen physischen Kontakt mehr erforderlich machen. Über die elektronische Patientenakte werden alle Zugang zu den relevanten Daten haben. Die personalen Kontakte werden sich auf die wirklich schwierigen Fälle beschränken. Das globale Wissen wird dann tatsächlich auch im individuellen Fall zur Verfügung stehen (siehe oben). Patienten und Gesundheitsexperten werden viel Zeit und Mühe sparen, sich im Gesundheitssystem zu treffen. Dieses wird dennoch ganz nah sein und sich immer anbieten.

Sehen wir es klar und deutlich: Die Zukunft im Gesundheitssystem wird um ein Vielfaches intelligenter werden, obwohl und weil Menschen nicht mehr ständig erforderlich sein werden. Aber wir werden nicht mehr die sein, die wir heute sind. Gesundheit wird zu einem technologisch produzierbaren Zustand werden, Alter und Tod in immer fernere Lebensalter rücken. Dies kann eine wunderbare, aber auch eine apokalyptische Zukunft sein. Aber so wird sich die Zukunft nicht präsentieren, weil wir hineinwachsen werden und uns nichts anderes mehr vorstellen wollen, weil die guten alten Zeiten so toll nun auch nicht waren.

Professor Bertram Häussler ist Leiter der IGES Gruppe, einem Verbund von Forschungs- und Beratungsunternehmen aus dem Bereich Infrastruktur und Gesundheit. Er ist Mediziner und Soziologe und lehrt als Honorarprofessor an der Technischen Universität Berlin das Spezialgebiet „Ökonomik der pharmazeutischen Industrie“. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Industrieökonomik, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Nutzenbewertung, Digitalisierung im Gesundheitswesen und Arzneimittelentwicklung im nationalen und internationalen Kontext.

# WÜRDIGUNG

## EHRUNGEN UND PREISE 2017



**Paul-Langerhans-Medaille**  
Univ.-Professor Dr. med. Michael Roden, Düsseldorf

Die DDG verleiht ihre höchste Auszeichnung, die Paul-Langerhans-Medaille, an Professor Dr. med. Michael Roden aus Düsseldorf. Er ist Direktor der Klinik für Innere Medizin/Stoffwechselkrankheiten, Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Leiter der Abteilung für Klinische Diabetologie am Deutschen Diabetes-Zentrum der Leibniz Gemeinschaft, Düsseldorf.

Bevor Roden 2008 nach Düsseldorf wechselte, war er Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung und Studienkoordinator des Lehrkrankenhauses der Medizinischen Universität Wien am Hanusch-Krankenhaus. Darüber hinaus leitete er das Karl-Landsteiner-Institut für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten in Wien. Zu seinen Forschungsgebieten zählen unter anderem die Erforschung des Energiestoffwechsels des Menschen mit den Schwerpunkten Diabetes, Adipositas und hormonell begründeter Bluthochdruckerkrankungen.

Die DDG ehrt mit der nach dem deutschen Pathologen Paul Langerhans benannten Medaille seit mehr als 40 Jahren internationale Spitzenforscher der Diabetologie.



**Hellmut-Otto-Medaille**  
Professor Dr. med. Thomas Danne, Hannover

Preisträger der Hellmut-Otto-Medaille 2017 ist Professor Dr. med. Thomas Danne, Chefarzt am Kinderkrankenhaus AUF DER BULT in Hannover. Dort leitet er die Abteilung für Allgemeine Pädiatrie mit Schwerpunkt Kinderendokrinologie und -diabetologie. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft zeichnet ihn für seine Verdienste in der Kinderdiabetologie sowie als Mitgründer und langjähriger Vorstandsvorsitzender von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe aus. Thomas Danne hatte seit der Gründung von diabetesDE im Herbst 2008 bis Mitte 2016 den Vorstandsvorsitz inne.

Professor Dannes wissenschaftliche Interessen sind alle Aspekte des Diabetes bei Kindern und Jugendlichen mit besonderem Schwerpunkt auf neue medikamentöse Therapien, Glukose-sensoren und Insulinpumpen.

Wegen seines außerordentlichen Engagements wird Professor Danne im Andenken an den verstorbenen Bremer Diabetologen Hellmut Otto geehrt.



**Gerhardt-Katsch-Medaille**  
Professor Dr. med. Waldemar Bruns, Berlin

In diesem Jahr wird Professor Dr. med. Waldemar Bruns, Ehrenmitglied der DDG sowie der Thüringer Diabetes-Gesellschaft, mit der Gerhardt-Katsch-Medaille der DDG geehrt. Damit würdigt die Fachgesellschaft vor allem sein lebenslanges Engagement in der klinischen Diabetologie.

Professor Bruns war lange Jahre am Institut für Diabetes „Gerhardt Katsch“ in Karlsburg bei Greifswald klinisch wie auch forschend tätig. 1981 wechselte er von Karlsburg nach Saalfeld, wo er bis 1994 als Ärztlicher Direktor tätig war.

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



**Werner-Creutzfeldt-Preis**  
Professor Dr. med. Norbert Stefan, Tübingen

Für seine herausragenden Arbeiten zur „Identifikation von Phänotypen des Prädiabetes und des Typ-2-Diabetes zum besseren Verständnis des Diabetes mellitus und zur Implementation von innovativen Präventions- und Therapiekonzepten“ wird Professor Dr. med. Norbert Stefan aus Tübingen mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis 2017 geehrt.

Schwerpunkte seiner Arbeit sind Untersuchungen zu Ursache, Folge und Therapie der nichtalkoholischen Fettlebererkrankung. Weitere Schwerpunkte seiner Arbeit sind Untersuchungen zur Rolle von Hepatokinen, insbesondere Fetuin-A, im Metabolismus, zum Verständnis der metabolisch gesunden Adipositas und von Phänotyp-basierten Präventions- und Therapiekonzepten beim Typ-2-Diabetes und seinen Folgeerkrankungen.

Der mit 10.000 Euro dotierte und von Lilly Deutschland gestiftete Preis wird an forschende Mediziner und Naturwissenschaftler für außerordentliche Arbeiten auf dem Gebiet der Pathophysiologie und Therapie des Diabetes, insbesondere mit dem Schwerpunkt „gastrointestinale Hormone“, verliehen.



**Ferdinand-Bertram-Preis**  
Univ.-Professor Dr. med. Matthias Laudes, Kiel

Die DDG zeichnet Univ.-Professor Dr. med. Matthias Laudes vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel mit dem diesjährigen Ferdinand-Bertram-Preis aus. Er erhält diesen Preis für seine Arbeiten zu Einflüssen von mit Adipositas und Typ-2-Diabetes assoziierten entzündlichen Reaktionen auf den Fettstoffwechsel.

Auf wissenschaftlicher Seite hat Professor Laudes seine Tätigkeit in der molekularen Regulation der humanen Adipogenese und deren Bedeutung in der Pathogenese der Adipositas und des Typ-2-Diabetes begonnen und nachfolgend seinen Forschungsschwerpunkt in den Bereich der Metabolischen Entzündung im Rahmen der Diabetesentstehung gelegt. Aktuell führt Professor Laudes seine wissenschaftliche Tätigkeit am DFG Exzellenzcluster für Entzündungsforschung in Kiel durch, für den er auch als Vorstandsmitglied fungiert.

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 2017:** Prof. Dr. rer. nat. Simone Baltrusch • Korrelation zwischen der Autofluoreszenz der Linse des menschlichen Auges und dem Anteil glykierter Proteine bei Gesunden und Patienten mit Diabetes mellitus • 7.500 € | M.Sc. Renate Luzia Barbosa Yanez • MicroRNAs in Type 2 Diabetes patients: Complex Interplay between adipose tissue and liver • 7.500 € | Mirjam Eva Bassy • Psychisches Wohlbefinden bei Eltern von Kindern mit positivem Testbefund nach populationsweitem Screening von Prä-Typ-1-Diabetes und Familiärer Hypercholesterinämie • 7.500 € | Claudia Berger • Untersuchung der Rolle des olfaktorischen Rezeptors (Olf984) hinsichtlich Entwicklung einer Adipositas und Glukosemetabolismus im In-vitro-Zellmodell und in humanem Fettgewebe • 7.500 € | Dr. med. Anja Böhm • Einfluss der Arachidonsäure und ihrer Metabolite auf die mitochondriale Atmung humaner Adipozyten – ein Link zur metabolisch gesunden/kranken Adipositas? • 7.500 € | Gidon Bönhof • Identification of systemic biomarkers associated with painless and painful distal sensorimotor polyneuropathy • 7.500 € | Dipl.-Biol. Jana Breitefeld • Untersuchung der funktionellen Relevanz von genetischen Varianten im Vaspigen (SerpinA12) und Prüfung des Kausalzusammenhangs zwischen Serumvaspinwerten und metabolischen

Erkrankungen • 7.500 € | Dennis Brüning • Kinetische orts aufgelöste Messungen der ATP/ADP-Ratio in Beta-Zellen • 10.000 € | Dr. Maren Carstensen-Kirberg • Charakterisierung der Rolle der neuen Adipokine Omentin, Sfrp5 und Wnt5a für die subklinische Inflammation und die Pathogenese des Typ-2-Diabetes: Proteomik-Studie mit humanen Adipozyten • 10.000 € | Dr. med. Anne-Marie Decker • Bedeutung von Fetuin B und SerpinB1 für die Modifikation von Insulinresistenz und  $\beta$ -Zellfunktion • 11.423 € | Prof. Dr. med. Gisela Drews • LXR und FXR: Kernrezeptoren mit schneller Wirkung auf die beta-Zellfunktion • 7.500 € | Prof. Dr. rer. nat. Martina Düfer • Beta-Zell-protective Eigenschaften des Fibroblastenwachstumsfaktors FGF-23 • 8.000 € | Katharina Grupe • Ein neues Mausmodell zur Untersuchung der Rolle des Glucagons im Gestationsdiabetes • 7.500 € | Dr. rer. nat. Christine Henke • Neue Mechanismen der Insulinresistenz während des Alterungsprozesses • 7.500 € | Dr. med. Stefan Kabisch • Omega-6-mehrfach-ungesättigte Fettsäuren als diätetischer Faktor zur Stabilisierung metabolischer Verbesserungen bei manifestem Typ-2-Diabetes (POLYPHEM-Studie) • 10.000 € | Dr. rer. nat. Michaela Keuper • Direct and macrophage-mediated effects of CCL18 on human visceral adipocytes • 10.000 € | Dr. rer. nat. Oliver Kluth • Einfluss der Zilienbildung





**Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis**  
Dr. phil. nat. Carolin Daniel,  
München/Neuherberg

Die DDG zeichnet in diesem Jahr die Immunologin Dr. phil. nat. Carolin Daniel vom Institut für Diabetesforschung des Helmholtz Zentrums München (HZM), Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), mit dem Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis aus. Damit ehrt sie die DDG für ihre Arbeiten zur „Entwicklung neuer immunmodulatorischer Präventionsstrategien für autoimmun Typ-1-Diabetes im Kindesalter“.

Seit Anfang 2017 leitet sie die unabhängige Forschungsgruppe Immuntoleranz in Diabetes am Institut für Diabetesforschung des Helmholtz Zentrums München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH). Ihre Forschungsgebiete umfassen insbesondere Mechanismen der T-Zell-Toleranz, Autoimmunerkrankungen wie Typ-1-Diabetes sowie neue humanisierte Maus-Modelle.

Der Preis in Höhe von 10.000 Euro wird von der Firma Lilly Deutschland gestiftet.



**Silvia-King-Preis**  
Dr. med. Dimitra Bogdanou,  
Frankfurt/Main

Der Silvia-King-Preis 2017 der DDG ging an Dr. med. Dimitra Bogdanou, Assistenzärztin der Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie, Endokrinologie und Diabetologie an der Medizinischen Klinik I, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt. Die Preisträgerin erhält den Förderpreis für ihre Arbeiten zum „Einfluss von Vitamin D auf Immunmediatoren und Glukosemetabolismus bei Patienten mit Typ-1-Diabetes mellitus“, „Einfluss von Vitamin D auf das Diabetische Fus-Syndrom (Stadien, bakterielle Besiedlung, Remissionszeit)“ und „Typ-2-Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom und Nicht-Alkoholische Steatohepatitis“.

Seit 2012 ist Dr. Bogdanou Assistenzärztin am Klinikum der Frankfurter Goethe-Universität. Im Oktober 2015 schloss sie dort ihre mit „magna cum laude“ bewertete Dissertation ab.

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. Christian Baumeier,  
Potsdam

Die DDG zeichnet in diesem Jahr Dr. rer. nat. Christian Baumeier, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Experimentelle Diabetologie des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE), für seine Promotion mit dem Förderpreis 2017 aus.

Seine Laufbahn am DIfE begann er im Oktober 2011 als Doktorand. Bis Juni 2015 promovierte er in der Abteilung Experimentelle Diabetologie.

Seine Promotionsschrift mit dem Titel „Dietary and pharmacological strategies for the prevention and treatment of type 2 diabetes in a diabetes-susceptible mouse model“ wurde mit der Note „magna cum laude“ bewertet und klärt unter anderem die molekularen Mechanismen, wie durch intermittierendes Fasten ein Schutz vor Typ-2-Diabetes erzeugt wird. Seit Juli 2015 ist Christian Baumeier wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung.

Der von der Firma Sanofi-Aventis Deutschland GmbH gestiftete Förderpreis der DDG in Höhe von 15.000 Euro wird deutschsprachigen Doktoranden bis spätestens zwei Jahre nach ihrer Promotion verliehen.



**Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung**  
Prof. Dr. med. Andreas Fritsche,  
Tübingen

Für sein geplantes Forschungsprojekt „Non-alcoholic fatty pancreas disease (NAFPD) – ein neuer Diabetes-Phänotyp?“ vergibt die DDG die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung 2017 an Professor Dr. med. Andreas Fritsche.

Seit 2011 leitet Fritsche die Abteilung Prävention und Therapie des Diabetes mellitus am Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen. Er ist zudem stellvertretender Leiter dieses Instituts.

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung ist mit 25.000 Euro dotiert und wird von NovoNordisk gestiftet. Die Jury der Deutschen Diabetes Gesellschaft vergibt diesen Preis an eine in der klinischen oder experimentellen Diabetologie international ausgewiesene Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der bisherigen Leistungen der Arbeitsgruppe für ein außerordentlich förderungswürdiges Projekt.



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

Die Hellmut-Mehnert-Projektförderung wird in diesem Jahr zum zweiten Mal an Dr. rer. nat. Bengt-Frederik Belgardt aus Düsseldorf verliehen. Der Stellvertretende Direktor des Instituts für Betazellbiologie am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) Düsseldorf erforscht die pathologischen Prozesse in Betazellen während der Entwicklung von Diabetes.

Bengt-Frederik Belgardt überzeugte die Jury mit seinem Antrag „Nekrose und Nekroptose von pankreatischen Betazellen in Typ-2-Diabetes“.

Seit Juni 2015 ist Dr. Belgardt Leiter der Nachwuchsforschergruppe Betazelldefekte und Stellvertretender Direktor des Instituts für Betazellbiologie am DDZ Düsseldorf.

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



**Menarini-Projektförderung**  
Torben Schulze,  
Braunschweig

Für sein Projekt zum Thema „Einfluss der Zellkultur auf die biphasische Kinetik der Insulinsekretion: Erholung oder Umprogrammierung?“ zeichnet die DDG den Biotechnologen Torben Schulze vom Institut für Pharmakologie, Toxikologie und Klinische Pharmazie der Technischen Universität Braunschweig mit der Menarini-Projektförderung aus.

Seit Februar 2014 ist Torben Schulze wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgemeinschaft von Professor Dr. med. Ingo Rustenbeck am Institut für Pharmakologie, Toxikologie und Klinische Pharmazie der TU Braunschweig. Sein Forschungsschwerpunkt sind die Mikrophysiologie der Beta-Zellen und die biphasische Kinetik der Insulinsekretion.

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.

von Beta-Zellen auf die Diabetesentstehung • 15.000 € | Matthias Kolibabka • Die Rolle von mikroglialem CD74 in der Pathogenese der diabetischen Retinopathie • 10.000 € | Anna Kraus • Autoimmun-polyglanduläres Syndrom Typ-2 und Typ-1-Diabetes: Entzündungsauflösung des Immunsystems durch Vitamin D • 7.500 € | Dipl. troph. Jacqueline Krüger • Einfluss von WHR-assoziierten genetischen Varianten auf die Adipozytenbiologie • 7.500 € | Dr. rer. nat. Thomas Laeger • Identifizierung eines FGF21-Antagonisten im Maus-Plasma mittels zweidimensionaler differenzieller Gelelektrophorese (2D-DIGE) • 10.000 € | Stefanie Lanzinger • Pankreopriver Diabetes mellitus: klinischer Vergleich zu Typ-1- und Typ-2-Diabetes. Auswertung des DPV-Registers • 7.500 € | Dr. med. Katharina Laubner • Prospective and systematic evaluation of inflammatory cardiovascular risk biomarkers in type 2 diabetes patients in response to Duodenal-jejunal bypass liner (EndoBarrier) treatment • 7.500 € | Dr. med. Knut Mai • Bedeutung von Lipolyse/Lipidoxidation für den Langzeiterfolg einer Gewichtsreduktion • 7.500 € | Mariya Markova • Identifikation von microRNAs and Signalwegen, die eine massive Abnahme von Leberfett durch proteinreiche Ernährung bei Typ-2-Diabetes bedingen • 7.500 € | Jan Niemann • Einfluss einer veränderten Mitophagierate auf die Funktion

der Beta-Zellen des Pankreas • 10.000 € | Dr. Dominik Pesta • Can exercise training-induced browning of subcutaneous white adipose tissue improve glycemic control in mice and men? • 10.000 € | Sarah Riemann • Komplement-Inhibition als Therapieansatz für diabetische Retinopathie • 7.500 € | Dr. phil. Andreas Schmitt • Behandlung bei Störungen der Diabetesakzeptanz: Pilotstudie zur Testung der Effekte eines strukturierten Interventionsprogramms auf Diabetesakzeptanz, Diabetes-Selbstbehandlung, glykämische Kontrolle und psychosoziale Gesundheit • 7.500 € | Thomas Schöppe • Interaktion zwischen Mikrobiom und Mechanismen der Autoimmunität im LEW.1AR1-idm Rattenmodell des Typ-1-Diabetes mellitus • 9.490 € | Dipl.-LMCh. Julia Stertmann • Morphologische und funktionelle in situ Analyse Langerhans'scher Inseln in der Pathophysiologie des Typ-2-Diabetes • 7.500 € | Laura Stirm • Lipoinflammation in Plazenten von Frauen mit Gestationsdiabetes • 10.000 € | Dr. rer. nat. Heike Vogel • Adipose-tissue specific effects of Irf202b on obesity and insulin resistance • 7.500 € | Juliane Weiner • Charakterisierung regulatorischer Effekte der HPT-Achse auf die funktionelle Aktivität des Adipokins Vaspin im Fettgewebe • 7.500 € | Dr. rer. nat. Diana Willmes • Die Rolle von SLC16A13 in der Entstehung von Typ-2-Diabetes • 7.500 €

# PRÄVENTION

## DIABETESPRÄVENTION DURCH „GESUNDE“ MEHRWERTSTEUER?

Eine nach gesundheitlichen Gesichtspunkten gestaffelte Mehrwertsteuer könnte die Gewichtszunahme vieler Menschen in Deutschland stoppen, zeigt eine Studie der Universität Hamburg. Die DDG und andere Fachgesellschaften setzen sich deshalb dafür ein, das Steuersystem entsprechend zu ändern. Die Hintergründe erklärt Dr. Dietrich Garlichs, Geschäftsführer der DDG bis Juli 2017.

**Sie haben die Studie der Universität Hamburg zu den „Auswirkungen der Besteuerung von Lebensmitteln auf Ernährungsverhalten, Körpergewicht und Gesundheitskosten in Deutschland“ initiiert, warum?**

Deutschland steht vor einer gesundheitspolitischen Jahrhundertaufgabe: Bereits heute ist über die Hälfte der Deutschen übergewichtig und jeder vierte erfüllt die Kriterien einer krankhaften Fettleibigkeit, medizinisch Adipositas. Und hier handelt es sich nicht um ein kosmetisches Problem. Drei Viertel der vorzeitigen Todesfälle sind inzwischen durch unseren Lebensstil verursacht, durch falsche Ernährung und zu wenig Bewegung.

**Was schlagen Sie vor?**

In vielen Ländern werden inzwischen Steuern oder Abgaben zur Gesundheitsförderung eingesetzt. Deshalb haben wir zusammen mit sechs weiteren Organisationen eine Studie in Auftrag gegeben, wie man diesen Gedanken am besten in das deutsche Steuersystem einfügen könnte. Der auf dem Gebiet seit Langem forschende Ökonom Dr. Tobias Effertz hat dazu überzeugende Modellrechnungen mit den Daten der Nationalen Verzehrstudie durchgeführt.

Wir schlagen deshalb eine gesundheitliche Staffelung der Mehrwertsteuer vor, die wir „Ampel Plus“ nennen:

- Grün 0%: Obst und Gemüse werden steuerbefreit und verbilligt
- Gelb 7%: Grundnahrungsmittel wie Nudeln, Milch oder Fleisch lassen wir bei dem aktuellen Mehrwertsteuersatz für Lebensmittel
- Rot 19%: Produkte mit viel zugesetztem Zucker, Salz oder Fett, wie Fertiggerichte, Chips oder Süßigkeiten, werden mit dem regulären Mehrwertsteuersatz besteuert und verteuert

Zusätzlich könnte der Steuersatz für die besonders gesundheitsschädlichen Softdrinks, wie Cola oder Fanta, von heute 19% auf 29% erhöht werden. Dieses Plus ist sinnvoll, da Softdrinks oft eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer Adipositas spielen – noch mehr als Süßigkeiten. Das gilt auch für Drinks mit Zuckerersatzstoffen.

**Warum glauben Sie, dass so ein Programm wirken würde?**

Es gibt kaum ein Gesetz in der Ökonomie, das so unbestritten ist wie die Wirkung von Preisen auf die Nachfrage. Aber vor allem gibt es genügend internationale Beispiele, dass Preissignale wirken. So ist in Berkeley/Kalifornien nach Einführung einer Sondersteuer der Absatz stark gesüßter Getränke um 21 Prozent gesunken und der Absatz von Wasser gestiegen. In Dänemark sank der Verkauf gesättigter Fette nach einer entsprechenden Steuer und in Ungarn, Mexiko und anderen Ländern hat man entsprechende Erfahrungen gemacht. In Deutschland verschwanden die Alkopops nach Einführung einer Sondersteuer praktisch vom Markt und das wirksamste Mittel, die Raucherquote in Deutschland zu senken, waren die Tabaksteuererhöhungen.

**2015 wurde ein Präventionsgesetz beschlossen, warum reicht das nicht aus?**

Das Präventionsgesetz wäre eine Chance gewesen umzusteuern. Doch wie viele andere Versuche in den letzten Jahrzehnten versucht es die Betroffenen durch Information und Aufklärung zu motivieren, gesünder zu essen und sich mehr zu bewegen. Dieser individualistische Ansatz gilt wissen-

schaftlich längst als gescheitert. Unzählige Studien zeigen: Die Mehrheit der Patienten nimmt dadurch nur wenig ab und nach dem Ende der Schulung schnell zu.

**Ist eine Staffelung der Mehrwertsteuer gerecht?**

Es ist richtig, dass die höhere Mehrwertsteuer für ungesunde Produkte sozial schwächere Menschen besonders treffen würde. Aber bei diesen Menschen sind Adipositas und Diabetes besonders verbreitet, deshalb würden sie gesundheitlich auch am meisten profitieren. Und wenn sie den Preissignalen folgen, würden sie wahrscheinlich sogar Geld sparen. Außerdem wird sich die Lebensmittelindustrie auf eine „gesunde“ Mehrwertsteuer einstellen und hätte einen Anreiz, gesündere Produkte herzustellen.

**Wie schätzen Sie die Chancen ein, dass eine solche „gesunde“ Mehrwertsteuer verwirklicht wird?**

Der Mehrheit der Mitglieder des Gesundheitsausschusses ist inzwischen bewusst, dass das Präventionsgesetz nur eine begrenzte Wirkung hat und dass wir weitere Anstrengungen unternehmen müssen. Der Widerstand liegt vor allem bei den Landwirtschaftspolitikern, die die Interessen der Lebensmittelindustrie vertreten. Aber zunehmend wird auch in der Öffentlichkeit erkannt, dass es besser ist, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern als Milliardenbeträge für die Folgekosten schädlichen Ernährungsverhaltens aufzuwenden.

**Wo stehen wir präventionspolitisch im internationalen Vergleich?**

Übergewicht ist inzwischen weltweit das größte Gesundheitsproblem, nicht mehr das uralte Menschheitsproblem von Hunger und Mangelernährung. Seit den 1990er-Jahren ist die Zahl der Unterernährten von 1,1 Mrd. auf 900 Mio. zurückgegangen, trotz steigender Weltbevölkerung. Die Zahl der Übergewichtigen hat sich dagegen im selben Zeitraum von 800 Mio. auf 2 Mrd. mehr als verdoppelt.



**Eine „gesunde“ Mehrwertsteuer wäre einfach und leicht umzusetzen. Sie wäre endlich ein wirksamer Schritt, die Adipositaswelle anzuhalten und umzukehren.**

Dr. Dietrich Garlichs,  
Geschäftsführer der DDG  
2010 bis Juli 2017

Viele, auch westliche Länder wie Frankreich, Großbritannien, Finnland und zahlreiche US-amerikanische Staaten, nutzen inzwischen Gesundheitssteuern. Selbst ein Land wie Saudi-Arabien hat kürzlich eine Sondersteuer auf Limonaden und andere gezuckerte Getränke eingeführt.

Deutschland ist in Sachen Präventionspolitik immer noch ein Entwicklungsland. Es wird Zeit, dass wir das ändern. Eine „gesunde“ Mehrwertsteuer wäre einfach und leicht umzusetzen. Sie wäre endlich ein wirksamer Schritt, die Adipositaswelle anzuhalten und umzukehren.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

Hier finden Sie die Studie:

 [www.ddg.info/fileadmin/Redakteur/Studie-gesunde-MwSt.pdf](http://www.ddg.info/fileadmin/Redakteur/Studie-gesunde-MwSt.pdf)

### STAFFELUNG DER MEHRWERTSTEUER NACH GESUNDHEITSASPEKTEN, MODELL „AMPEL PLUS“:

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Grün 0%</b>  | ▶ Obst und Gemüse   |
| <b>Gelb 7%</b>  | ▶ Grundnahrungsmittel (z. B. Nudeln, Milch oder Fleisch)  |
| <b>Rot 19%</b>  | ▶ Produkte mit viel zugesetztem Zucker, Salz oder Fett (z.B. Tiefkühlpizza, Chips oder Süßigkeiten) |
| <b>Plus 29%</b> | ▶ Gezuckerte Softdrinks (heute 19%)   |

\* Die Studie von Dr. Tobias Effertz, Universität Hamburg, erstellt im Auftrag von: Deutsche Adipositasgesellschaft, Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Diabetesstiftung, diabetesDE- Deutsche Diabetes-Hilfe, Gesundheitsstadt Berlin, Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe und Universität Kiel.



# TASK FORCE PRIMÄRPRÄVENTION UND FRÜHERKENNUNG

BAPTIST GALLWITZ

Wie kann die Diabetesversorgung in Zukunft verbessert werden? Mit welchen Mitteln überzeugen wir angehende Mediziner, sich für die Diabetologie als Tätigkeitsgebiet zu entscheiden? Wie verbessern wir die Fort- und Weiterbildung für alle Diabetesexperten? Wie können wir die Selbsthilfe stärken? Diese und weitere Fragen veranlassten die DDG zusammen mit allen anderen Diabetesverbänden 2015, eine Task Force zu bilden, um die Ziele eines nationalen Diabetesplans umzusetzen. Entstanden ist daraus das Strategiepapier „Diabetologie 2025“ mit zehn klar definierten Handlungsfeldern, die Wege aufzeigen, wie einzelne Problembereiche behoben werden könnten und welche konkreten Forderungen sich daraus an Bund, Länder, ärztliche Selbstverwaltung und Kassen ableiten lassen. Die Task Force kann bereits einige wichtige Erfolge vorweisen, auch wenn noch viel zu tun bleibt.

Die „Dunkelziffer“ der Menschen mit einem noch nicht diagnostizierten Typ-2-Diabetes liegt in Deutschland schätzungsweise bei ca. zwei Millionen. Gerade deshalb sind Vorsorgeuntersuchungen ein wichtiger Baustein von Präventionsmaßnahmen. Die von den Krankenkassen vergütete Vorsorgeuntersuchung „Check-Up 35“ beinhaltet bislang nur die Bestimmung eines Nüchternblutzuckerwertes. Der Nüchternblutzuckerwert ist jedoch weniger verlässlich und aussagekräftig, weil er lediglich einen momentanen Wert wiedergibt, der von vielen, unkalkulierbaren Faktoren abhängt. Deshalb nahm sich eine AG innerhalb der Task Force „Diabetologie 2025“ des Themas an und es gelang, die Messung des HbA1c-Wertes in die Untersuchungsleistungen des neuen Check-Up 35 aufzunehmen.

Dies ist ein sehr großer Fortschritt, da hierdurch die Möglichkeit, einen Typ-2-Diabetes zu erkennen, deutlich verbessert wird. Der HbA1c-Wert ist ein guter Parameter, um die durchschnittliche Blutzuckerlage der letzten drei Monate zu charakterisieren. Die Blutentnahme kann unabhängig von der Tageszeit und dem Nüchternzustand des Untersuchten erfolgen, die Blutproben sind stabil, sodass spezielle Maßnahmen zur Probenstabilität, die bei der Nüchternblutzuckermessung nötig sind, entfallen. Die DDG hat sich gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) erfolgreich für die Aufnahme des HbA1c-Wertes, eines Screeningbogens (Selbsttestfragebogen) und auch des kompletten Blutfettprofils in das Vorsorgeprogramm starkgemacht. Damit hat sie einen entscheidenden Bei-

trag geleistet, um mehr Menschen mit unentdecktem Typ-2-Diabetes zu identifizieren und diesen eine rechtzeitige Behandlung zu ermöglichen.

Die Diabetesprävention ist ein ganz wesentliches Handlungsfeld, um die Zunahme von Diabeteserkrankungen zu stoppen. Prävention braucht Öffentlichkeit. Daher hat die DDG 2017 zwei medienwirksame Aktionen gestartet, um Politik und die Bevölkerung von der zentralen Bedeutung von Präventionsmaßnahmen zu überzeugen. Zum einen startete die DDG gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Verbraucherorganisation foodwatch eine Unterschriftenaktion an die Bundesregierung. Unterzeichner sind bisher über 1.000 Ärztinnen und Ärzte sowie

medizinisches Fachpersonal, die von der Politik konkrete Maßnahmen gegen Fehlernährung fordern. Mittlerweile haben sich viele weitere Unterstützungsorganisationen der Unterschriftenaktion angeschlossen, zum Beispiel die DGIM, die Diakonie Deutschland und die Bundeszahnärztekammer:

 [www.aerzte-gegen-fehlernaehrung.de](http://www.aerzte-gegen-fehlernaehrung.de)


Daneben brachte die von der DDG und sechs weiteren Organisationen initiierte Studie zur „gesunden MwSt.“ Schwung in die Diskussion um verhältnispräventive Maßnahmen (Siehe Interview mit Dr. Dietrich Garlichs, S. 38–39)

Die erfolgreichen Aktivitäten zeigen aber auch, dass für Prävention und Vorsorge noch viel getan werden muss. Die Task Force fordert daher einen Bundesbeauftragten für Diabetes und Prävention, um Vorsorge und Versorgung besser zwischen den Ministerien zu koordinieren.

#### GRUNDLAGENFORSCHUNG: FORSCHUNGSNETZWERK

Die Diabetesforschung in Deutschland wird international zunehmend besser sichtbar. Mitentscheidend hierfür war die Gründung des Deutschen Zentrums

für Diabetesforschung (DZD) durch die Helmholtz-Gemeinschaft. DDG und DZD haben sich sehr gut miteinander vernetzt, um die Diabetesforschung in Deutschland weiter zu stärken und um Synergieeffekte in der translationalen Forschung zu befördern. Wechselseitig entsenden DDG und DZD Vertreter in die jeweiligen Vorstände und Gremien. Auch auf der Arbeitsebene hat sich einiges getan. Die DDG hat im letzten Jahr ihre forschenden Mitglieder in einer Fragebogenaktion befragt und so ein aktuelles und individuelles Bild der Forschungsaktivitäten in Deutschland erhalten. Aus den gemeldeten Projekten der klinischen Forschung und der Grundlagenforschung entstand das „Forschungsnetzwerk Diabetes“. Im Internet zu finden ist es unter:

 [forschungsnetzwerk-diabetes.info/](http://forschungsnetzwerk-diabetes.info/)

Über diese Plattform, die regelmäßig aktualisiert wird, können sich Forschende über aktuelle Forschungsprojekte informieren und miteinander vernetzen. Auch in der diabetes zeitung berichten wir regelmäßig über Forschungsaktivitäten und -projekte. Besonders für den wissenschaftlichen Nachwuchs bietet das Forschungsnetzwerk Orientierung – auch hinsichtlich möglicher Karrierewege.

# DIABETOLOGIE 2025

Auf Initiative der Task Force gibt es auf der DDG Homepage jetzt auch eine Famulatur-, PJ- und Hospitationsbörse, die den diabetologisch interessierten Nachwuchs zu den richtigen Ansprechpartnern leitet.

 [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/famulatur-pj-und-hospitationsboerse.html)

#### ZUSATZWEITERBILDUNG DIABETOLOGIE

Der „Diabetologe DDG“ ist von der Bundesärztekammer nicht als „Facharzt“ anerkannt und die Zusatzqualifikationen „Diabetologe“ der Landesärztekammern sind unterschiedlich. Die DDG hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), der DGIM, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DeGAM) und der AG Pädiatrische Diabetologie der DDG (AGPD) einen Entwurf für eine Zusatzqualifikation „Diabetologie“ bei der Bundesärztekammer eingebracht. Die Zusatzqualifikation kann nach der Facharztqualifikation im jeweiligen Fach der Fachgesellschaft erreicht werden. Hierüber wird der Ärztetag im Mai 2018 im Rahmen der Verabschiedung der neuen Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) entscheiden.

Der Autor ist Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG).

# FORSCHUNG

## JEDER PATIENT ZÄHLT

VERSORGUNGSFORSCHUNG MIT DEN BUNDESWEIT  
VORLIEGENDEN DOKUMENTATIONEN AUS DEN DIABETES-DMP

BERND HAGEN

Mit den Disease-Management-Programmen (DMP) wurde 2002 (Diabetes Typ 2) bzw. 2004 (Diabetes Typ 1) in Deutschland erstmals bundesweit die Grundlage einer strukturierten ambulanten Versorgung gesetzlich krankensversicherter Patienten mit Diabetes mellitus geschaffen, von der auch die nicht in den DMP betreuten Diabetespatienten profitieren. Kernstück der DMP ist eine standardisierte, regelmäßige Dokumentation der Befunde und Behandlung über den gesamten Betreuungszeitraum eines Patienten. Obwohl sich einzelne Dokumentationsparameter und anzustrebende Qualitätsindikatoren im Laufe der Zeit verändert haben, lassen sich Indikatoren wie Patientenmerkmale, indikationsspezifische Befunde und Verordnungsraten, die Prävalenz und Inzidenz von Komorbiditäten oder die Raten der Schulungen und Kontrolluntersuchungen mittlerweile für verschiedene Versorgungsstrukturen detailliert untersuchen.

Die quantitativen Dimensionen des DMP-Datensatzes sind in Bezug auf beide analytischen Blickrichtungen beeindruckend. So sind aktuell in ganz Deutschland fast 4,2 Millionen (Typ 2) bzw. 200.000 (Typ 1) Patienten eingeschrieben. Im Bundesland Nordrhein-Westfalen werden derzeit etwa 950.000 (Typ 2) bzw. 50.000 (Typ 1) Patienten in den DMP betreut. Allein in der Teilregion Nordrhein wurden seit dem Start des DMP ca. 20,2 Millionen (Typ 2) bzw. knapp über 800.000 (Typ 1) valide und distinkte Dokumentationen angelegt.

Die gesetzlich festgelegten DMP-Dokumentationsparameter eröffnen eine Vielzahl von Auswertungsmöglichkeiten, die

weit über die Beantwortung der vergleichsweise einfachen Frage hinausgehen, in welchem Ausmaß die vertraglich definierten Qualitätsindikatoren in einem definierten Berichtszeitraum erreicht wurden.

Die Patientenpopulation in den DMP ist keineswegs homogen, innerhalb der Population finden sich sehr große Teilgruppen unterschiedlich alter und unterschiedlich lange erkrankter Patienten. Hieraus und aus dem Auftreten spezifischer Begleit- und Folgekomplikationen des Diabetes ergeben sich Teilgruppen, die sich nicht nur hinsichtlich ihrer Chance unterscheiden, einen der quantitativ festgelegten Qualitätsindikatoren



zu erreichen, sondern vor allem hinsichtlich des Risikos, mit dem weitere diabetische Folgekomplikationen auftreten. Da eines der zentralen, in den Präambeln der DMP definierten Ziele in dem Vermeiden oder wenigstens Hinauszögern des Auftretens diabetischer Folgekomplikationen liegt, erscheint es zwingend geboten, hierbei die Unterschiede zwischen den Patiententeilgruppen angemessen zu berücksichtigen.

Dies kann durch eine durchgängige Differenzierung bzw. Stratifizierung der Befunde nach Altersgruppe, Geschlecht und Komorbidität erfolgen. Hieran ist zu erkennen, bei welchen Patienten beispielsweise besonders hohe oder geringe Raten schwerer Stoffwechsellentgleisungen, wahrgenommener Schulpungsempfehlungen oder regelmäßiger Kontrolluntersuchungen dokumentiert sind oder weitere, spezifische Qualitätsindikatoren erreicht werden. Derartige Informationen können unmittelbar in die Weiterentwicklung der DMP einfließen und dabei helfen, die strukturierte Versorgung noch „passgenauer“ auszugestalten.

Aus der Dokumentation diabetischer Folgekomplikationen und der antidiabetischen Medikation (Typ 2) lassen sich Rückschlüsse auf die mutmaßliche Erkrankungsdauer ziehen. Wichtig und interessant ist dieser Faktor vor allem deshalb, weil bei Langzeit-DMP-betreuten Patienten sowohl Effekte der Betreuungs- wie auch der parallel hierzu wachsenden Erkrankungsdauer zu erkennen sind. Abzuwägen bleibt, welcher der beiden Faktoren jeweils bedeutsamer zum Beispiel für das Erreichen der Qualitätsindikatoren ist. Genauso lassen sich die Dokumentationen nutzen, um den Einfluss weiterer Kovariaten in Form multivariater Modelle zu schätzen und um zeitliche Trends bei der Stoffwechseleinstellung, dem Blutdruck und den antidiabetischen Verordnungen zu bestimmen oder die Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz schwerer diabetischer Folgekomplikationen und kardiovaskulärer Ereignisse – also patientenrelevanter Outcomes – zu beurteilen. Nicht zuletzt können anhand der zeitlichen Abfolge der Dokumentationen auch Aussagen über die Teilnahmekontinuität

in bzw. Dropouts aus den DMP abgeleitet werden, wodurch sich wiederum Risikogruppen unter den Patienten identifizieren lassen, für die das Angebot innerhalb der DMP noch optimiert werden kann.

Alle diese analytischen Möglichkeiten werden derzeit regelmäßig nur beim Erstellen der Berichte für die Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland genutzt. Zwar beruhen jene Analysen damit bereits auf den Daten von jeweils etwa einem Viertel der Typ-2- und Typ-1-Patienten, die deutschlandweit an den DMP teilnehmen. Aus der epidemiologischen Forschung ist jedoch bekannt, dass sich viele Aspekte der Erkrankung und der Versorgungsqualität bei Diabetes mellitus zwischen den einzelnen Regionen Deutschlands teilweise beträchtlich voneinander unterscheiden, weshalb Verallgemeinerungen der Ergebnisse aus einem Bundesland Einschränkungen unterliegen.

Schwerer wiegt jedoch, dass trotz der vorhandenen, allerdings über weite Strecken momentan noch nicht für die Auswertung adäquat genutzten DMP-Dokumentationen, große Defizite bestehen bei der Aufklärung der Ursachen für das Auftreten seltener, aber sehr gravierender Ereignisse, wie beispielsweise von Amputationen oder schweren Hypoglykämien. Hier ist tatsächlich die Information über jedes Ereignis von jedem davon betroffenen Patienten in den DMP äußerst wertvoll. Deshalb ist nachdrücklich zu fordern, zukünftig alle vorliegenden DMP-Dokumentationen nutzbar zu machen, um die Versorgungsqualität aller Menschen mit Diabetes in Deutschland – also nicht nur derjenigen, die in den DMP betreut werden – nachhaltig weiter zu verbessern.

Dr. Bernd Hagen arbeitet beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland und leitet dort das DMP-Projektbüro Köln/Evaluation und Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen.





# DIABETES – WELTWEITE PANDEMIE

BIS  
4%

BIS  
8%

BIS  
12%

ÜBER  
12%

## Nordamerika und Karibik

Aktuell:  
46 Mio.  
Prognose 2045:  
62 Mio.

## Mittlerer Osten und Nordafrika

Aktuell:  
39 Mio.  
Prognose 2045:  
67 Mio.

## Mittel- und Südamerika

Aktuell:  
26 Mio.  
Prognose 2045:  
42 Mio.

## Europa

Aktuell:  
58 Mio.  
Prognose 2045:  
67 Mio.

## Afrika

Aktuell:  
16 Mio.  
Prognose 2045:  
41 Mio.

## Südostasien

Aktuell:  
82 Mio.  
Prognose 2045:  
151 Mio.

## Westlicher Pazifik

Aktuell:  
159 Mio.  
Prognose 2045:  
183 Mio.

### Nordamerika und Karibik

**46 Mio., Prognose 2045: 62 Mio.**

Anguilla 13,3% · Antigua and Barbuda 13,6% · Aruba 14,7% · Bahamas 13,5% · Barbados 17,6% · Belize 14,7% · Bermuda 15,2% · British Virgin Islands 14,0% · Canada 9,6% · Cayman Islands 13,6% · Curaçao 12,7% · Dominica 9,5% · Grenada 16,7% · Guadeloupe 11,3% · Guyana 5,7% · Haiti 11,4% · Jamaica 18,2% · Martinique 14,8% · Mexico 13,6% · Montserrat 11,3% · Saint Kitts and Nevis 13,0% · Saint Lucia 12,0% · Saint Vincent and the Grenadines 13,0% · Sint Maarten [Dutch part] 11,6% · Suriname 16,5% · Trinidad and Tobago 13,6% · United States of America 16,4% · United States Virgin Islands 13,9%

### Mittel- und Südamerika

**26 Mio., Prognose 2045: 42 Mio.**

Argentinien 6,2% · Bolivien [Plurinational State of] 6,2% · Brasilien 8,7% · Chile 9,3% · Kolumbien 8,1% · Costa Rica 9,5% · Kuba 10,6% · Dominikanische Republik 8,1% · Ecuador 5,5% · El Salvador 8,7% · Französisch-Guayana 8,1% · Guatemala 8,4% · Honduras 6,0% · Nicaragua 10,0% · Panama 8,5% · Paraguay 7,4% · Peru 5,6% · Puerto Rico 15,4% · Uruguay 6,6% · Venezuela [Bolivarian Republic of] 6,6%

### Afrika

**16 Mio., Prognose 2045: 41 Mio.**

Angola 3,1% · Benin 0,7% · Botswana 3,8% · Burkina Faso 1,8% · Burundi 2,4% · Cabo Verde 1,9% · Kamerun 5,9% · Zentralafrikanische Republik 4,7% · Chad 3,8% · Comoren 7,6% · Kongo 6,5% · Côte d'Ivoire 2,0% · Demokratische Republik des Kongo 4,8% · Dschibouti 7,5% · Äquatorialguinea 7,0% · Eritrea 3,2% · Ethiopia 5,2% · Gabon 7,0% · Gambia 1,6% · Ghana 3,6% · Guinea 2,0% · Guinea-Bissau 2,0% · Kenia 2,0% · Lesotho 2,7% · Liberia 2,0% · Madagaskar 3,0% · Malawi 2,4% · Mali 1,8% · Mauritania 2,0% · Mosambik 2,3% · Namibia 3,4% · Niger 2,0% · Nigeria 2,0% · Réunion 18,8% · Rwanda 3,4% · Sao Tome und Principe 1,9% · Senegal 1,9% · Seychellen 11,3% · Sierra Leone 1,9% · Somalia 4,5% · Südafrika 5,4% · Südsudan 7,0% · Swasiland 2,5% · Togo 4,7% · Uganda 1,5% · United Republic of Tanzania 3,6% · Westliche Sahara 2,4% · Zambien 3,0% · Zimbabwe 1,3%

### Mittlerer Osten und Nordafrika

**39 Mio., Prognose 2045: 67 Mio.**

Afghanistan 6,7% · Algerien 6,9% · Bahrain 16,2% · Ägypten 15,1% · Iran [Islamische Republik von] 8,9% · Irak 7,5% · Jordanien 9,5% · Kuwait 15,1% · Libanon 14,6% · Libyen 11,2% · Marokko 7,3% ·

Oman 10,7% · Pakistan 6,9% · Qatar 14,1% · Saudi Arabien 18,5% · Staat Palästina 7,0% · Sudan 10,9% · Syrische Arabische Republik 7,1% · Tunesien 9,8% · Vereinigte Arabische Emirate 15,6% · Jemen 3,8%

### Europa

**58 Mio., Prognose 2045: 67 Mio.**

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

### Südostasien

**82 Mio., Prognose 2045: 151 Mio.**

Bangladesch 6,9% · Bhutan 7,9% · Indien 8,8% · Malediven 7,7% · Mauritius 24,6% · Nepal 4,0% · Sri Lanka 8,6%

### Westlicher Pazifik

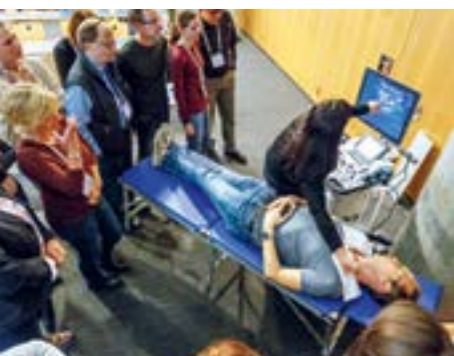
**159 Mio., Prognose 2045: 183 Mio.**

Australien 6,5% · Brunei Darussalam 13,8% · Kambodscha 2,6% · China 10,9% · China, Hong Kong SAR 6,2% · China, Macao SAR 9,3% · Cookinseln 11,8% · Fidschi 14,5% · Französische Polynesien 22,9% · Guam 23,1% · Indonesien 6,7% · Japan 7,7% · Kiribati 20,4% · Demokratische Volksrepublik Korea 4,7% · Republik Korea 8,8% · Lao Volksdemokratische Republik 3,0% · Malaysia 16,9% · Marshallinseln 32,9% · Mikronesien [Fed. States of] 10,6% · Mongolei 5,1% · Myanmar 4,0% · Neuseeland 24,0% · Neukaledonien 24,9% · Neuseeland 10,1% · Niue 26,2% · Palau 17,9% · Papua-Neuguinea 15,3% · Philippinen 6,3% · Samoa 7,3% · Singapur 13,7% · Solomoninseln 14,2% · Taiwan 10,9% · Thailand 8,3% · Timor-Leste 5,8% · Tokelau 26,7% · Tonga 13,0% · Tuvalu 29,6% · Vanuatu 10,9% · Vietnam 5,5%



# 2017 DAS DDG JAHR IN BILDERN

Wissen teilen, Erkenntnisse weitergeben, neue Ideen entwickeln und insgesamt kräftig „mitmischen“ intern und extern – die DDG ist auf allen Ebenen aktiv und setzt sich ein für ihre Mitglieder und für die Menschen mit Diabetes.



Im Gespräch überzeugen und sich für das Thema Diabetes stark machen – die DDG ExpertInnen nutzen dazu jede Gelegenheit.

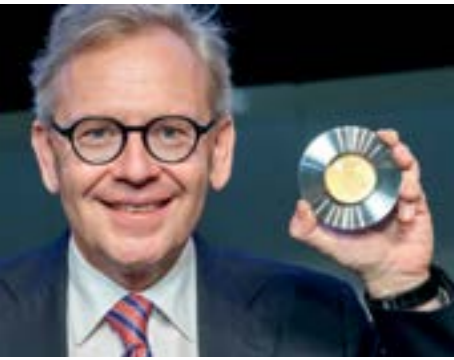


Ob Diabetes Kongress oder Herbsttagung: Symposien, Workshops, Vorträge, Podiumsdiskussionen – miteinander und voneinander lernen das ist das Ziel dieser Veranstaltungen.



Vorbild sein und zugleich Spaß haben: Der Diabeteslauf in Hamburg motivierte wieder Hunderte, sich aktiv für mehr Gesundheit und Prävention einzubringen.





Ehrungen, Dank und Anerkennung sind wichtige Bestandteile der Kongresse – ebenso wie die Mitgliederversammlung und der Strategietag der Gremien und Regionalgesellschaften der DDG.



Hamburger Hafenpanorama: Auf der CAP SAN DIEGO, dem größten, fahrtüchtigen Museums-Frachtschiff der Welt, fand die DDG Night statt. Ideale Umgebung zum Austauschen, Netzwerken und Feiern.



Mitglieder des Deutschen Bundestages wie Rudolf Henke, Tino Sorge, Sabine Dittmar und Dietrich Monstadt beim parlamentarischen Jahresempfang der DDG.



Gesundheitspolitik aktiv mitgestalten: Die DDG pflegt den Kontakt zur Politik und wichtigen Entscheidungsträgern.



Abschied und Willkommen: Nach vielen erfolgreichen Jahren übergibt Dietrich Garlichs die Geschäftsführung an seine Nachfolgerin Barbara Bitzer.



# CHIRURGIE

## METABOLISCHE CHIRURGIE BEI DIABETES MELLITUS TYP 2

WELCHE AUFGABEN KOMMEN AUF DIE MITBETREUENDEN DIABETESTEAMS ZU?

ULF ELBELT

Bariatrische Operationen ermöglichen einen anhaltenden Gewichtsverlust und reduzieren nachweislich Morbidität und Mortalität. Trotz dieser gut belegten Vorteile werden diese mit jährlich knapp 10.000 bariatrischen Operationen in Deutschland (wobei über 90 Prozent der Eingriffe auf die Anlage eines Schlauchmagens oder eines Roux-en-Y-Magenbypasses entfallen; siehe Abb. 1 und 2) im europäischen Vergleich seltener durchgeführt.

Die Genehmigung der Kostenübernahme der indizierten Operation durch die Krankenkassen ist häufig ein langwieriger Prozess, der vielfach erst nach wiederholten Einsprüchen seinen Abschluss findet. Auch werden die erforderliche interdisziplinäre präoperative Diagnostik und insbesondere die postoperative Nachsorge noch nicht flächendeckend angeboten; insbesondere für die empfohlene Nachsorge fehlt es vielerorts an (Finanzierungs-)Konzepten.

### PRÄOPERATIVE EVALUATION

Etwa ein Prozent der Patientinnen und Patienten, die eine bariatrische Operation anstreben, leidet an einem bisher nicht diagnostizierten Cushing-Syndrom. Obwohl in den Leitlinien ein Hypercortisolismus bei klinischem Verdacht präoperativ ausgeschlossen werden sollte, wird ein verbindliches biochemisches Screening mittels Dexamethason-Hemmtest oder alternativ Quantifizierung der Ausscheidung freien Cortisols im 24-Stunden-Sammelurin oder Bestimmung des Mitternachtscortisols im Speichel (noch) nicht gefordert. Die klinische Unterscheidung zwischen „gewöhnlicher Adipositas“ und Vorliegen eines Adipositas-begünstigenden Hypercortisolismus ist auch für erfahrene Kliniker oft nicht sicher möglich. In Anbetracht des individuellen Benefits einer

frühzeitigen Diagnosesicherung erscheint der Mehraufwand eines Screenings – wenn auch noch kontrovers diskutiert – gerechtfertigt.

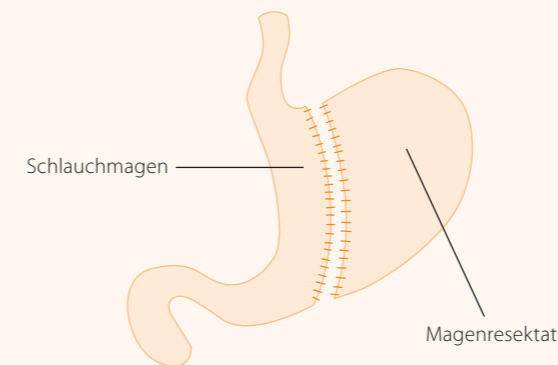
### PERIOPERATIVE DIABETESTHERAPIE

Abgesicherte Algorithmen zur peri- und postoperativen Anpassung der Diabetesmedikation sind nicht verfügbar.

Gemäß eines Positionspapiers der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) sollten insbesondere insulinotrop wirkende orale Antidiabetika und Metformin unmittelbar präoperativ (für Metformin 48 Stunden vor dem geplanten Eingriff) abgesetzt werden. Auch die Fortführung einer Therapie mit GLP-1-Rezeptoragonisten wird nicht empfohlen. In einigen Zentren wird präoperativ eine Flüssigphase mit sehr niedriger Energieaufnahme angeraten, um durch Verminderung der Leberverfettung günstigere Operationsbedingungen zu erreichen. Dementsprechend muss die antidiabetische Therapie bereits mit Beginn der Flüssigphase angepasst werden. Die Verbesserung der Blutzuckerkontrolle tritt unmittelbar postoperativ ein, sodass eine Reduktion der Basalinsulindosis je nach Operationsverfahren um 30 bis 50 Prozent empfohlen wird. Erfahrungsgemäß sind beim postoperativen Kostenaufbau prandiale Insulingaben oft



### SCHLAUCHMAGEN



nicht mehr notwendig. Über dem Zielbereich liegende Blutzuckerwerte sollten mit kurzwirksamem Insulin in angepasster Korrekturdosis ausgeglichen werden.

### DIABETESREMISSION

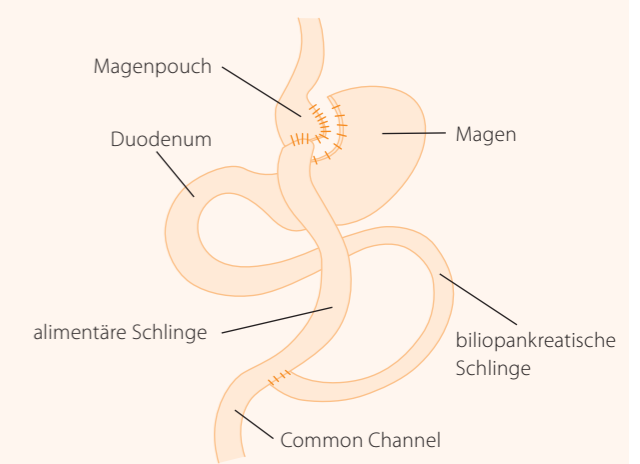
Mehrere Interventionsstudien konnten auch im längerfristigen Verlauf eine Verbesserung der Blutzuckerkontrolle bei an Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankten nach bariatrischen Eingriffen zeigen, sodass der Begriff „bariatrische Chirurgie“ zunehmend durch „metabolische Chirurgie“ ersetzt wird. Unter Anwendung einer strikten Definition (HbA1c  $\leq$  6 Prozent ohne Einnahme diabetesspezifischer Medikation, sogenannte vollständige Remission) erzielen knapp die Hälfte der Patienten mit Magenbypass und ca. 30 Prozent nach Schlauchmagenanlage eine Diabetesremission nach einem Jahr. Im Fünfjahresverlauf fällt die Rate auf 22 Prozent beziehungsweise 15 Prozent ab. Insofern kommt auch nach Remission einer regelmäßigen Überprüfung der Blutzuckerkontrolle Bedeutung zu. Nach Anlage einer biliopankreatischen Diversion liegt die Rate vollständiger Diabetesremissionen vermutlich höher. Die Remissionsraten sind bei Therapienaiven oder mit oralen Antidiabetika behandelten Patientinnen und Patienten. Zu beachten ist, dass auch nach Diabetesremission für einige Jahre weiterhin augenärztliche Kontrollen erfolgen sollten, da im Einzelfall eine vorbestehende diabetische Retinopathie voranschreiten kann.

### HYPERINSULINÄMISCHES HYPOGLYKÄMIE-SYNDROM NACH MAGENBYPASS-OPERATION

Die internistische Nachsorge zielt hauptsächlich auf die Vermeidung eines Mangels an Mikronährstoffen ab, problematisch ist insbesondere die ausreichende Zufuhr von Vitamin D3 (mit der Folge eines sekundären Hyperparathyreoidismus) und von Eisen bei prämenopausalen Frauen. Eine noch unzureichend verstandene Komplikation ist das postbariatrische hyperinsulinämische Hypoglykämiesyndrom nach Magenbypass-Operationen, das teils auch als „Spät-Dumping“ bezeichnet wird. Das Syndrom tritt zumeist in zeitlicher Latenz von 1 bis 3 Jahren zur Operation auf. 1 bis 3 Stunden postprandial kommt es nach vorausgegangener Hyperglykämie zur symptomatischen Hypoglykämie. Die klinische Ausprägung

ist variabel und reicht von milden Symptomen (bei bis zu über 30 Prozent der Operierten) bis hin zu schweren Neurohypoglykämien (fraglich  $<$ 1 Prozent der Operierten). Da in der Regel keine Nüchternhypoglykämien auftreten, ist die Abgrenzung zum Insulinom durch eine sorgfältige Anamnese zumeist ausreichend sicher möglich. Als ursächlich wird eine durch die veränderte Anatomie des Gastrointestinaltrakts hervorgerufene überschießende Inkretin-Sekretion, die zu gesteigerter Insulinsekretion führt, angesehen sowie eine zusätzliche  $\beta$ -Zellhypertrophie („Nesidioblastose“) vermutet. Ein auf 5 Stunden verlängerter oraler Glukosetoleranztest oder ein zunehmend bevorzugter Mixed-Meal-Test mit regelmäßiger Bestimmung von Glukose und Insulin ist für die Diagnosesicherung hilfreich. Ebenso kann eine kontinuierliche Glukosemessung für Diagnostik, Therapieüberwachung und zur Prävention schwerer Hypoglykämien sinnvoll eingesetzt werden. Therapeutische Basis ist die Ernährungsberatung mit dem Ziel, kleinere regelmäßige proteinreiche Mahlzeiten einzunehmen und die Zufuhr von schnell verfügbaren Kohlenhydraten zu meiden. Bei einer nach Ernährungsumstellung unzureichend kontrollierten Symptomatik wird die Gabe von Acarbose, Calcium-Antagonisten oder Diazoxid empfohlen. Diese Therapien sind durch unerwünschte Wirkungen wie gastrointestinale Beschwerden und Ödemneigung häufig begrenzt. Kasuistisch wurde eine Verbesserung der Hypoglykämie-Symptomatik unter Therapie mit GLP-1-Analoga berichtet. Der Einsatz von verzögert freigesetzten Somatostatin-Analoga führt zu einer Reduktion von Hypoglykämiehäufigkeit und -intensität. Eine chirurgische Intervention (unter anderem Magenbandanlage um den Pouch, eine Auflösung des Magenbypasses oder eine [Teil-] Pankreatektomie) sollte nur im Ausnahmefall erfolgen, da es sich häufig um eine passagere Symptomatik handelt.

### PROXIMALER MAGENBYPASS



PD Dr. med. Ulf Elbelt ist seit 2008 als Oberarzt an der Charité-Universitätsmedizin Berlin tätig, seit 2011 in der Medizinischen Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselmedizin (einschließlich Arbeitsbereich Lipidstoffwechsel). Seine klinischen und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen bariatrische/metabolische Chirurgie sowie Erkrankungen der Nebennieren und der Hypophyse.



# INNOVATIONEN

## NEUES AUS DER DIABETESWELT



### Sicher im Straßenverkehr Neue DDG Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“

Die Diagnose Diabetes heißt nicht gleich Führerscheinentzug. Viele Ärzte und Diabetesberater sind unsicher, unter welchen Voraussetzungen ein Patient Auto fahren darf, bzw. sie fürchten Haftungsrisiken. Mit der neuen S2e-Leitlinie werden Unklarheiten beseitigt, Haftungsrisiken reduziert und handhabbare Tipps zur Umsetzung in der Praxis gegeben. Eine zentrale Aussage ist: Menschen mit Diabetes können in der Regel am Straßenverkehr teilnehmen – und zwar sowohl im Privat-PKW als auch beruflich als Busfahrer, im Lastwagen oder Taxi.

Menschen mit Diabetes wird die Fahrerlaubnis oft unnötigerweise entzogen oder gar nicht erteilt, da in der Beurteilung antiquierte Konzepte der Diabetestherapie und des Glukosemonitorings zugrunde gelegt werden. Aktuelle Möglichkeiten der Diabetestherapie und strukturierte Schulungsprogramme reduzieren die Häufigkeit von Hypoglykämien. Einfache, schnelle Glukosemessung und kontinuierliches Glukosemanagement haben das frühzeitige Erkennen von Hypoglykämien – dem Hauptrisiko im Straßenverkehr – dramatisch vereinfacht.

Weitere Informationen unter:  
[www.awmf.org/leitlinien](http://www.awmf.org/leitlinien)



### DiaDigital Welche Apps sind sicher und geeignet?

Gesundheits-App sprießen wie Pilze aus dem Boden. Die AG „DiaDigital“ hat bereits eine Vielzahl diabetesbezogener Apps unter die Lupe genommen und die ersten fünf zertifiziert. Dafür haben mehr als 50 Betroffene und Behandler die Apps getestet. Ob Technik- und Datenschutzstandards gewährt sind, prüft dabei das Bochumer Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG). Ein Zertifikat erhielten zwei Diabetestagebücher (Omnitest Diabetes Tagebuch und SiDiary), zwei Apps zur Therapieunterstützung (MyTherapy und BE Rechner Pro) und eine App zur Berechnung von Proteineinheiten (BE Rechner PRO).

„DiaDigital“ schließt eine Lücke, denn es gibt in Deutschland keine offizielle Stelle, die systematisch und unabhängig Apps prüft und bewertet. Das neue Qualitätssiegel hilft Betroffenen und Behandelnden, brauchbare und sichere Apps zu finden und von ihnen dann auch wirklich zu profitieren.

Weitere Informationen unter:  
[www.diadigital.de](http://www.diadigital.de)



### Basisqualifikation Pflegerkräfte schulen und Diabeteskompetenz stärken

Die Anzahl und auch die Lebenserwartung von Menschen mit Diabetes steigen kontinuierlich an. Immer mehr Menschen werden in Kliniken, Altenheimen oder durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste betreut. Weil Pflegekräften häufig spezifische Diabeteskenntnisse fehlen, hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) den zweitägigen Kompaktkurs „Basisqualifikation Diabetes Pflege“ entwickelt. In 16 Schulungsstunden erfahren die Pflegekräfte das Wichtigste über Therapie, Folgen und Begleiterkrankungen des Diabetes mit dem Ziel der Optimierung des Pflegeprozesses. Vermittelt wird, wie der diabetesspezifische Pflegebedarf erhoben wird, wie Einleitung, Umsetzung, Überwachung und Veränderungen im Pflegeprozess gehandhabt werden sollen. Zudem sind Entlassmanagement und die interdisziplinäre Zusammenarbeit Bestandteil dieser Fortbildung. Diese Fortbildung wird von zertifizierten Trainers Teams regional angeboten.

Weitere Informationen unter:  
[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung)



### Mehr Experten in Aussicht Neue Weiterbildung „Psychotherapie bei Diabetes“

Eine psychotherapeutische Begleitung ist Teil einer erfolgreichen Diabetestherapie. Sozial integrierte Patienten mit einer stabilen Psyche und einer hohen Lebensqualität gelingt es besser, die Krankheit anzunehmen, sie gut zu managen und damit Folgekomplikationen zu verhindern. Aber es gibt bislang zu wenige Fachpsychologen und Psycho-diabetologen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat 2017 ihre Muster-Weiterbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten erweitert. Sie bietet jetzt eine Weiterbildung „Psychotherapie bei Diabetes“ an. Die Zusatzweiterbildung dauert mindestens 18 Monate. Dazu gehören neben der Theorievermittlung 180 Behandlungsstunden unter Supervision und eine Hospitation in einer Einrichtung, die auf diabetologische Behandlungen spezialisiert ist.

Weitere Informationen unter:  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)



### 25 Jahre AG Fuß Neue Oppenheimer Erklärung zum Diabetischen Fußsyndrom

Im März 2017 verabschiedete die AG Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) auf ihrer 25. Jahrestagung ihr überarbeitetes Grundsatzstatement (Oppenheimer Erklärung II) zum Diabetischen Fußsyndrom (DFS).

Das DFS ist ein komplexer, chronischer und wiederkehrender Symptomkomplex, der – auch angesichts einer älter werdenden Bevölkerung – zunimmt. Nicht heilende Wunden, Einschränkung der Mobilität, Invalidität und Amputation sind oft die Folgen. Für 25 Prozent aller Diabetespatienten führt das zu Krankenhausbehandlungen. Trotz langsam sinkender Amputationszahlen bleiben die Herausforderungen immens. In dem aktualisierten Konsensusstatement formulieren die DFS-Experten sieben Forderungen: frühe Diagnose und qualifizierte Behandlung in dafür ausgewiesenen Fußbehandlungseinrichtungen DDG, Einholung einer Zweitmeinung vor Amputationen, mehr wissenschaftliche Forschung und mehr Versorgungsforschung, bessere Zusammenarbeit von Krankenkassen mit qualifizierten Leistungserbringern sowie umfassende Schulungen für Betroffene.

Weitere Informationen unter:  
[www.ag-fuss-ddg.de](http://www.ag-fuss-ddg.de)



### Typ-1-Diabetes DDG aktualisiert Leitlinie für bestmögliche Behandlung

Das Ziel der DDG Leitlinien (LL) ist es, evidenzbasiert und im Konsens mit anderen beteiligten Fachgesellschaften Kernaussagen für die Diagnostik, Klassifikation, Prophylaxe, Therapie, Therapiekontrollen und Langzeitbetreuung des Diabetes und seiner Begleit- und Folgeerkrankungen zu geben. Die LL Diabetes mellitus Typ 1 ist aktualisiert worden. Sie enthält alle zeitgemäßen therapeutischen Optionen und alle verfügbaren technischen Hilfsmittel zur Glukoseüberwachung. Für die Behandlung einer Ketoazidose werden beispielsweise konkrete Empfehlungen gegeben.

Prädiktoren für Folgeschäden, psychosoziale Voraussetzungen und Erfordernisse für eine erfolgreiche Therapie werden darin ebenso behandelt wie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Therapie- modi/-applikationsformen. Auch die Bedeutung von Analoginsulinen und Insulinresistenz werden behandelt.

Weitere Informationen unter:  
[www.awmf.org/leitlinien](http://www.awmf.org/leitlinien)



# diabetesDE

## GEMEINSAM FÜR PATIENTEN

NICOLE MATTIG-FABIAN

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe stärkt die Stimme der Patienten. Seit Jahren setzen wir uns dafür ein, dass die chronische Krankheit Diabetes bei Gesellschaft und Medien mehr Gehör findet. Im Fokus unseres Handelns stehen die 6,7 Millionen Betroffenen, für deren bestmögliche Versorgung die Organisation genauso kämpft wie für die Förderung der Prävention und die Stärkung der Selbsthilfe. diabetesDE vereint zusammen mit der Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe (VDBD) einerseits die Fachkompetenz, andererseits mit der Selbsthilfeorganisation Menschen mit Diabetes (DDH-M) die Betroffenenkompetenz, um sowohl Fach- als auch Erfahrungswissen zu berücksichtigen.

### DIE STIMME DER BETROFFENEN HÖRBAR MACHEN

Die zersplitterte Selbsthilfe zusammenzuführen und dem Mitgliederschwund wirksam entgegenzutreten ist und bleibt die schwierigste Aufgabe für die Betroffenen in der Selbsthilfe. Zu viel historisch bedingtes Misstrauen und Ressentiments erschweren die Einigung, zu viel alte Vereinsstrukturen überlagern neue Wege. Dagegen wächst parallel eine Diabetes-Online-Community mit Bloggern und Influencern, die keine Mitgliedschaft in der klassischen Selbsthilfe anstreben, sondern einen Erfahrungsaustausch, der jederzeit von überall live möglich ist. Die moderne Selbsthilfe ist immer online. Die zukünftige Herausforderung für diabetesDE besteht darin, diese Gruppierungen zu einem einheitlichen Movement zusammenzuführen und auch den Menschen mit Diabetes und ihren Angehörigen ein Zuhause zu bieten, die sich nicht organisieren wollen, wohl aber Gehör in der Gesellschaft suchen.

### EINIGKEIT BEI DEN DIABETES-PLAYERN

Im Hinblick auf gesundheitspolitische Maßnahmen ziehen diabetesDE und die DDG an einem Strang wie VDBD, DDH-M und BVND. Mit einheitlicher Stimme haben wir alle gemeinsam die Forderung nach einem nationalen Diabetesplan über Jahre an die Politik herangetragen – mit dem Teilerfolg, dass nun die nationale Diabetesstrategie im aktuellen Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD genannt wird! Diabetespläne auf Landesebene sollen hier zunächst das Ziel sein. Es darf vermutet werden, dass in der Strategie behandelt werden soll, was das RKI seit 2015 mit

der indikatorgestützten Diabetes-Surveillance an Handlungsbedarf identifiziert („Daten für Taten“). Den Diabetesorganisationen geht dieser Vorschlag nicht weit genug: Ein Diabetes-Registergesetz, das die bundesweite Erhebung vollständiger, realer Versorgungsdatensätze ermöglicht, ist unabdingbar, um die Qualität der Therapien unter Alltagsbedingungen evaluieren und langfristig optimiert vereinheitlichen zu können.



diabetesDE und Lidl tun gemeinsam etwas für die Prävention.



Am 14. November, dem Weltdiabetestag, erstrahlte die Hamburger St.-Michaelis-Kirche in blauem Licht – als Teil der weltweiten „Blue monument challenge“.



Charity Gala 2017 mit prominenter Unterstützung: Vorstandsvorsitzender Jens Kröger, Fußballprofi Philipp Lahm und Geschäftsführerin Nicole Mattig-Fabian.

### ERFOLGREICHES CAMPAIGNING – MEHRFACH AUSGEZEICHNET

Endlich ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Entwicklung einer Aufklärungskampagne zu Diabetes beauftragt worden – und diabetesDE sitzt mit seiner Expertise zu Recht im Expertenbeirat. Unsere vor fünf Jahren ins Leben gerufene, politische Kampagne „Diabetes STOPPEN. Jetzt handeln!“ ([www.diabetes-stoppen.de](http://www.diabetes-stoppen.de)), für die wir 2014 mit dem Deutschen Preis für Online-Kommunikation ausgezeichnet worden sind, wird fortgesetzt. Die 2016 zusammen mit #dedoc ins Leben gerufene Kampagne „Unerkannt unterwegs“ zur hohen Dunkelziffer bei Diabetes ([www.2mio.de](http://www.2mio.de)) wurde inzwischen mehrfach ausgezeichnet, unter anderem mit dem renommierten „Comprix Award Gold“ als beste cross-mediale Kampagne.

### WELTDIABETESTAG IM ZEICHEN DER AUFKLÄRUNG

Diabetes ist mittlerweile bei Politik, Medien und Gesellschaft angekommen. Die Krankheit wird zunehmend als das wahrgenommen, was sie ist: eine Bedrohung. Dennoch hat sich draußen in der Welt noch kaum herumgesprochen, dass am 14. November Weltdiabetestag ist. Um dies zu ändern, setzt diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe auf medienwirksame Events rund um diesen Tag und beteiligt sich an der weltweit durchgeführten „Blue monument challenge“: Jedes Jahr illuminieren wir ein ikonisches Gebäude in einem anderen Bundesland. So wurde 2017 am 14. November der Hamburger „Michel“ (St.-Michaelis-Kirche) feierlich blau angestrahlt, es folgte eine politische Podiumsdiskussion, unter anderem mit Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. Am 19. November führten wir – wie jedes Jahr – einen Infotainment-Kongress für Patienten mit über 30 Fachvorträgen in Berlin durch.

### FC DIABETOLOGIE GEGEN FC BUNDESTAG

Die Faszination des Fußballs nutzen wir ebenfalls, um mit der Politik ins Gespräch zu kommen. Wir haben den „FC Diabetologie“ gegründet, der sich aus Ärzten, Beratern und Be-

troffenen zusammensetzt und regelmäßig gegen den parteiübergreifenden FC Bundestag antritt. Es folgt stets eine „3. Halbzeit“ mit einem gesundheitspolitischen Symposium, bei dem die gesundheitspolitischen Sprecher aller Parteien zu Wort kommen. Da wir neben dem ehrenamtlichen Kultrainer Christoph Daum immer wieder Exprofn in den FC Diabetologie als Gastspieler integrieren, ist eine breite Medienberichterstattung seit Jahren garantiert.

### DIABETES-GALA 2017 MIT PHILIPP LAHM

Zur steigenden Medienpräsenz trägt auch die jährlich stattfindende Diabetes-Charity-Gala bei, die jedes Jahr mehr Politiker, Prominente und Industriepartner anzieht. Im letzten Jahr geschah dies weltmeisterlich: Philipp Lahm hielt die Eröffnungsrede.

### WER HAT'S ERFUNDEN?

Während die Nationale Reduktionsstrategie der Bundesregierung in der Schublade blieb, kündigte Lebensmitteldiscounter Lidl Anfang 2017 bereits an, Zucker- und Salzgehalte in seinen Eigenmarken bis 2025 um 20 Prozent zu reduzieren. Knapp ein Jahr später ziehen nun andere Handelsketten nach. diabetesDE ist seit 2016 der Gesundheitspartner von Lidl. Der Discounter publiziert in seinen Handzetteln an 25 Millionen Haushalte gemeinsam erarbeitete, gesunde Rezepte. Zum Weltdiabetestag 2017 plakatierte Lidl an 3.200 Filialen bundesweit unser gemeinsames Plakat: „Hast Du Diabetes auf der Rechnung?“

Die Zusammenarbeit mit großen Marken werden wir weiter ausbauen, um die Risikopatienten dort zu erreichen, wo sie sind: in ihren täglichen Lebenswelten.

Die Autorin ist Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.



## BILANZ

| AKTIVSEITE  | 31.12.2017<br>EUR   | 31.12.2016<br>EUR   |
|---|---------------------|---------------------|
| <b>A. Anlagevermögen</b>  |                     |                     |
| I. Immaterielle Vermögensgegenstände  |                     |                     |
| Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten | 0,00                | 3,00                |
| II. Sachanlagen   |                     |                     |
| Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung  | 46.097,71           | 48.223,34           |
| III. Finanzanlagen  |                     |                     |
| Wertpapiere des Anlagevermögens   | 2.422.260,00        | 2.633.460,00        |
|   | 2.468.357,71        | 2.681.686,34        |
| <b>B. Umlaufvermögen</b>  |                     |                     |
| I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände  |                     |                     |
| 1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen   | 68.554,00           | 105.119,00          |
| davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)  |                     |                     |
| 2. Sonstige Vermögensgegenstände  | 17.434,56           | 36.821,09           |
| davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)  |                     |                     |
|   | 85.988,56           | 141.940,09          |
| II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten   | 297.063,16          | 163.280,94          |
| <b>C. Rechnungsabgrenzungsposten</b>  | 74.560,00           | 317.388,80          |
| <b>Summe</b>  | <b>2.925.969,43</b> | <b>3.304.296,17</b> |

| PASSIVSEITE  | 31.12.2017<br>EUR   | 31.12.2016<br>EUR   |
|--|---------------------|---------------------|
| <b>A. Eigenkapital</b>   |                     |                     |
| I. Ergebnisrücklagen   | 2.410.676,55        | 2.683.034,25        |
| II. Jahresüberschuss/-fehlbetrag   | - 508.023,35        | - 272.357,70        |
|  | 1.902.653,20        | 2.410.676,55        |
| <b>B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens</b>        | 0,50                | 0,50                |
| <b>C. Rückstellungen</b>   |                     |                     |
| 1. Steuerrückstellungen  | 199.400,00          | 0,00                |
| 2. Sonstige Rückstellungen   | 104.800,00          | 99.650,00           |
|  | 304.200,00          | 99.650,00           |
| <b>D. Verbindlichkeiten</b>  |                     |                     |
| 1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen                                    | 160.811,71          | 200.202,47          |
| davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 160.811,71 EUR (Vorjahr 200.202,47 EUR) |                     |                     |
| 2. Sonstige Verbindlichkeiten  | 82.016,02           | 146.541,65          |
| davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 82.016,02 EUR (Vorjahr 146.541,65 EUR)  |                     |                     |
|  | 242.827,73          | 346.744,12          |
| <b>E. Rechnungsabgrenzungsposten</b>   | 476.288,00          | 447.225,00          |
| <b>Summe</b>   | <b>2.925.969,43</b> | <b>3.304.296,17</b> |

## GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

|  | 2017<br>EUR         | 2016<br>EUR         |
|--|---------------------|---------------------|
| <b>1. Umsatzerlöse</b>   | 3.054.451,54        | 2.945.308,48        |
| <b>2. Sonstige betriebliche Erträge</b>  | 118.559,77          | 250.516,90          |
|  | 3.173.011,31        | 3.195.825,38        |
| <b>3. Materialaufwand</b>  |                     |                     |
| a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren *                       | 89.226,88           | 138.310,02          |
| b) Aufwendungen für bezogene Leistungen  | 1.051.897,08        | 1.075.080,20        |
|  | 1.141.123,96        | 1.213.390,22        |
| <b>4. Personalaufwand</b>  |                     |                     |
| a) Löhne und Gehälter  | 688.012,23          | 683.223,67          |
| b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung                     | 123.040,68          | 105.993,12          |
| davon für Altersversorgung 10.811,47 EUR (Vorjahr 10.325,52 EUR)                                   |                     |                     |
|  | 811.052,91          | 789.216,79          |
| <b>Zwischenergebnis</b>  | <b>1.220.834,44</b> | <b>1.193.218,37</b> |
| <b>5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen</b> |                     |                     |
| a) Abschreibungen auf Sachanlagen  | 16.044,53           | 15.812,64           |
| <b>6. Sonstige betriebliche Aufwendungen *</b>   | 1.587.552,09        | 1.524.304,30        |
| <b>Zwischenergebnis</b>  | <b>- 382.762,18</b> | <b>- 346.898,57</b> |
| <b>7. Erträge aus anderen Wertpapieren und Ausleihungen des Finanzanlagevermögens</b>              | 4.230,00            | 12.650,00           |
| <b>8. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge</b>   | 47.619,34           | 63.547,00           |
| <b>9. Abschreibungen auf Finanzanlagen</b>   | 7.875,00            | 300,00              |
| <b>10. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag</b>  | 169.235,51          | 1.356,13            |
| <b>11. Ergebnis nach Steuern/Jahresüberschuss/-fehlbetrag</b>                                      | <b>- 508.023,35</b> | <b>- 272.357,70</b> |

\* Umgliederung im Berichtsjahr auch im Vorjahr nachvollzogen.

## EINNAHMEN / AUSGABEN

|  | 2017<br>EUR         | 2016<br>EUR         | Veränderung<br>EUR  | %           |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| <b>EINNAHMEN</b>   |                     |                     |                     |             |
| <b>1. Einnahmen</b>  |                     |                     |                     |             |
| 1.1 Mitgliedsbeiträge  | 961.242,00          | 946.092,10          | + 15.149,90         | 1,6         |
| 1.2 Kursgebühr Fortbildung Diabetologie DDG                        | 276.700,00          | 387.750,00          | - 111.050,00        | 28,6        |
| 1.3 Kursgebühren Weiterbildung Diabetesberater DDG                 | 789.345,80          | 713.625,20          | + 75.720,60         | 10,6        |
| 1.4 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG Fuß                       | 12.955,89           | 9.644,12            | + 3.311,77          | 34,3        |
| 1.5 Zertifizierung Behandlungseinrichtungen                        | 106.550,00          | 98.500,00           | + 8.050,00          | 8,2         |
| 1.6 Zertifizierung Klinik für Patienten Nebendiagnose              | 35.700,00           | 24.400,00           | + 11.300,00         | 46,3        |
| 1.7 Erlöse Provisionen Zeitschriften                               | 76.663,36           | 56.704,12           | + 19.959,24         | 35,2        |
| 1.8 Spenden und Sponsoring (Preis, Projektf., Sonstiges)           | 135.649,51          | 94.198,47           | + 41.451,04         | 44,0        |
| 1.9 Frühjahrstagung  | 500.000,00          | 425.000,00          | + 75.000,00         | 17,6        |
| 1.10 Herbsttagung  | 102.880,00          | 124.000,00          | - 21.120,00         | 17,0        |
| 1.11 Sonstige Einnahmen (Zinsen etc.)                              | 164.599,64          | 339.990,25          | + 222.199,83        | 51,6        |
| <b>Einnahmen gesamt</b>  | <b>3.162.286,20</b> | <b>3.219.904,26</b> | <b>- 57.618,06</b>  | <b>1,8</b>  |
| <b>AUSGABEN</b>  |                     |                     |                     |             |
| <b>2. Wissenschaftsförderung und Leitlinien</b>                    |                     |                     |                     |             |
| 2.1 Preise und Projektförderung                                    | 464.688,68          | 435.210,00          | + 29.478,68         | 6,8         |
| 2.2 Wissenschaftliche Zeitschriften                                | 88.023,76           | 91.367,72           | - 3.343,96          | 3,7         |
| 2.3 Leitlinien   | 29.942,14           | 137.428,48          | - 107.486,34        | 78,2        |
| 2.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u. a.                                   | 19.300,00           | 19.333,26           | - 33,26             | 0,2         |
| 2.5 Gremienarbeit und Veranstaltungen                              | 91.115,14           | 86.392,33           | + 4.722,81          | 5,5         |
| 2.6 Projekte   | 172.540,25          | 126.874,20          | + 45.666,05         | 36,0        |
| <b>Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien</b>                 | <b>865.609,97</b>   | <b>896.605,99</b>   | <b>- 30.996,02</b>  | <b>3,5</b>  |
| <b>3. Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung</b>             |                     |                     |                     |             |
| 3.1 Fortbildung Diabetologe DDG                                    | 178.082,78          | 259.320,29          | - 81.237,51         | 31,3        |
| 3.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG                              | 799.846,76          | 682.904,00          | + 116.942,76        | 17,1        |
| 3.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung                              | 14.047,00           | 10.056,00           | + 3.991,00          | 39,7        |
| 3.4 Gebühren Zertifizierung Nebendiagnose                          | 20.827,70           | 23.689,08           | - 2.861,38          | 12,1        |
| <b>Summe Fortbildung / Weiterbildung / Zertifizierung</b>          | <b>1.012.804,24</b> | <b>975.969,37</b>   | <b>+ 36.834,87</b>  | <b>3,8</b>  |
| <b>4. Kommunikation und Mitgliederbetreuung</b>                    |                     |                     |                     |             |
| 4.1 Medienarbeit / Internet  | 134.875,42          | 153.948,96          | - 19.073,54         | 12,4        |
| 4.2 Mitgliederbetreuung  | 19.713,57           | 44.172,50           | - 24.458,93         | 55,4        |
| <b>Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung</b>                 | <b>154.588,99</b>   | <b>198.121,46</b>   | <b>- 43.532,47</b>  | <b>22,0</b> |
| <b>5. Unterstützung diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e. V.</b> | 360.000,00          | 400.000,00          | - 40.000,00         | 10,0        |
| <b>6. Personalkosten</b>   |                     |                     |                     |             |
| 6.1 Gehälter   | 594.589,69          | 578.551,60          | + 16.038,09         | 2,8         |
| 6.2 Personalnebenkosten  | 113.629,21          | 97.988,00           | + 15.641,21         | 16,0        |
| 6.3 Sonstiges  | 47.165,36           | 66.982,99           | - 19.817,63         | 29,6        |
| <b>Summe Personalkosten</b>  | <b>755.384,26</b>   | <b>743.522,59</b>   | <b>+ 11.861,67</b>  | <b>1,6</b>  |
| <b>7. Verwaltung</b>   |                     |                     |                     |             |
| 7.1 Büromiete und Nebenkosten                                      | 75.877,84           | 75.770,56           | + 107,28            | 0,1         |
| 7.2 Büroausstattung und -material                                  | 17.596,96           | 32.308,41           | - 14.711,45         | 45,5        |
| 7.3 Telefon / Telefonkonferenzen                                   | 7.009,88            | 6.218,12            | + 791,76            | 12,7        |
| 7.4 Laufende EDV-Kosten  | 36.151,93           | 48.355,66           | - 12.203,73         | 25,2        |
| 7.5 Reisekosten / Bewirtung  | 22.423,40           | 21.695,11           | + 728,29            | 3,4         |
| 7.6 Beratung   | 72.574,98           | 38.124,48           | + 34.450,50         | 90,4        |
| 7.7 Sonstiges  | 274.242,57          | 39.757,57           | + 234.485,00        | -           |
| <b>Summe Verwaltung</b>  | <b>505.877,56</b>   | <b>262.229,91</b>   | <b>+ 243.647,65</b> | <b>92,9</b> |
| <b>8. Investitionen</b>  |                     |                     |                     |             |
| 8.1 EDV / Software   | 8.058,68            | 14.302,90           | - 6.244,22          | 43,7        |
| 8.2 Betriebs- und Geschäftsausstattung                             | 5.877,22            | 24.346,56           | - 18.469,34         | 75,9        |
| <b>Summe Investitionen</b>   | <b>13.935,90</b>    | <b>38.649,46</b>    | <b>- 24.713,56</b>  | <b>63,9</b> |
| <b>Ausgaben gesamt</b>   | <b>3.668.200,92</b> | <b>3.515.098,78</b> | <b>+ 153.102,14</b> | <b>4,4</b>  |
| <b>Überschuss / Fehlbetrag</b>                                     | <b>- 505.914,72</b> | <b>- 295.194,52</b> | <b>- 210.720,20</b> | <b>71,4</b> |
| Überleitung Jahresergebnis   | - 2.108,63          | + 22.836,82         | - 24.945,45         | -           |
| <b>Jahresüberschuss / -fehlbetrag</b>                              | <b>- 508.023,35</b> | <b>- 272.357,70</b> | <b>- 235.665,65</b> | <b>86,5</b> |

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN WESENTLICHEN VERÄNDERUNGEN

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

Als Ergebnis unserer Prüfung fassen wir folgende Kernaussagen zum Geschäftsverlauf und zur Lage des Vereins zusammen: Die Ertragslage des Vereins gestaltet sich wie im Vorjahr negativ. Das Berichtsjahr wird mit - 508 T€ (Vorjahr - 272 T€) abgeschlossen. Dem standen Wertpapiere und liquide Mittel von 2,8 Mio. € gegenüber.

Das Ergebnis wurde besonders belastet durch eine Betriebsprüfung. Das Berliner Finanzamt erkannte die von vielen medizinischen Fachgesellschaften lange geübte Praxis nicht mehr an, den Überschuss aus den Kongressen als Vermögensverwaltung steuerfrei zu verbuchen. Das führte für die Jahre 2013-2017 zu einer außerordentlichen Belastung von 220 T€. Inzwischen wurde vom Finanzamt in einer verbindlichen Auskunft zugesagt, dass in Zukunft im Rahmen einer neuen Vertragsgestaltung der wissenschaftliche Teil vollkommen steuerfrei sein wird und der kommerzielle Teil ertragssteuerfrei, jedoch umsatzsteuerpflichtig.

Das Ergebnis wird sich auch deshalb wieder deutlich verbessern, weil inzwischen für die Kongresse erheblich bessere Verträge abgeschlossen werden konnten.

Die Gesamteinnahmen in Höhe von insgesamt 3.162 T€ sind im Vergleich zum Vorjahresniveau (3.220 T€) leicht zurückgegangen. Während die Erlöse aus der Frühjahrstagung mit 500 T€ deutlich stiegen, und die Kursgebühren Diabetesberater DDG um 75 T€ auf 789 T€ zunahm, gingen die Gebühren aus der Fortbildung Diabetologe DDG wegen geringerer Kursanzahl zurück. Beim Rückgang der sonstigen Einnahmen schlägt sich insbesondere die Auflösung von Rückstellungen als Einmaleffekt im Jahr 2016 nieder. Die positive Entwicklung der Mitgliederzahl macht sich wie im Vorjahr moderat bei den Einnahmen bemerkbar.

Die Ausgaben für Wissenschaftsförderung und Leitlinien sind um - 31 T€ auf 866 T€ (Vorjahr 897 T€) rückläufig. Der leichte Rückgang ergibt sich im Wesentlichen aus den im Jahr 2016 höheren Ausgaben für die Entwicklung von Leitlinien. Dagegen sind bei den Projektausgaben signifikante Zuwächse zu verzeichnen (Strukturerhebung niedergelassene Diabetologie, Task Force Digitalisierung).

Die Ausgaben für Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung verzeichnen im Berichtsjahr einen deutlichen Zuwachs, weil insbesondere im Bereich der Weiterbildung zum Diabetesberater ein Anstieg der Teilnehmerzahl stattgefunden hat. Alle Weiterbildungen der DDG finden ohne Beteiligung der Industrie statt und werden ausschließlich aus Teilnehmergebühren finanziert.

Die Kosten für Kommunikation und Mitgliederbetreuung sanken im Berichtsjahr um rund 43 T€. Die Reduzierung resultiert aus der Einführung der monatlichen „diabetes zeitung“ und dem Wegfall der DDG Informationen.

Die jährliche Unterstützung des diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e. V. wurde planmäßig um 40 T€ auf 360 T€ abgeschmolzen.

Die Investitionen des Berichtsjahres belaufen sich auf rund 14 T€. Die Verringerung um rund 25 T€ gegenüber dem Vorjahr resultiert wesentlich aus dem 2016 vollzogenen Umzug in neue Büroräume.

### 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 2017 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, 26. Februar 2018

 Solidaritas

Solidaritas Revisions-GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Steuerberatungsgesellschaft  
Zweigniederlassung Berlin

  
Dirk Römer  
Wirtschaftsprüfer

  
Joris Pelz  
Wirtschaftsprüfer





## VORSTAND UND DDG BUNDESGESCHÄFTSSTELLE



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



Prof. Dr. med. Monika Kellerer  
Vizepräsidentin



Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz  
Past Präsident



Prof. Dr. med. Andreas Neu  
Schatzmeister



Prof. Dr. rer. nat. Annette Schürmann  
Vorstandsmitglied und Tagungs-  
präsidentin 2017



Univ.-Prof. Dr. med. Jochen Seufert,  
FRCPE Vorstandsmitglied und Tagungs-  
präsident 2018



Univ.-Prof. Dr. Michael Roden  
Vorstandsmitglied und Tagungs-  
präsident 2019



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann  
Vorstandsmitglied



Dr. med. Hans-Martin Reuter  
Vorstandsmitglied



Dr. med. Matthias Kaltheuner  
Vorstandsmitglied



Barbara Bitzer  
Geschäftsführerin ab Juli 2017



Martina Wallmeier  
Assistentin der Geschäftsführerin,  
Kursorganisation klinische Diabetologie



Dr. Dietrich Garlichs  
Geschäftsführer bis Juli 2017



Sabrina Vité  
Leiterin Gesundheitspolitik und  
Kommunikation



Katrin Bindeballe  
Referentin Presse und Kommunikation



Sarah Fischer  
Referentin Kongresse und Social Media  
(2018 in Elternzeit)



Tatjana Schwarz  
Referentin Gremien- und Mitglieder



Dr. Rebekka Epsch  
Leiterin Medizin, Wissenschaft und  
Versorgung



Susa Schmidt-Kubeneck  
Referentin Weiterbildung und  
Zertifizierung



Sandra Hoger  
Referentin Weiterbildung und  
Zertifizierung



Klaus-Dieter Jannaschk  
Referent Behandlungseinrichtungen  
für Typ-1- und Typ-2-Diabetes



Michael Stoye  
Finanzbuchhaltung und Verträge

## 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 Pharmako-  
therapie des Diabetes



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



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Palitzsch  
Vorsitzender Ausschuss Qualitätssiche-  
rung, Schulung und Weiterbildung



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



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



Univ.-Prof. Dr. med. Jochen Seufert,  
FRCPE Vorsitzender Kommission Ver-  
sorgungsforschung und Register



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Vorsitzender Kommission gesundheits-  
und wissenschaftspolitische Fragen



Dr. med. Ralph Ziegler  
Vorsitzender Kommission Interessen-  
konflikte



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



Prof. Dr. Klaus Badenhoop  
Vorsitzender Kommission Kongresse



Prof. Dr. med. Klaus G. Parhofer  
Vorsitzender Kommission Fettstoff-  
wechsel



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Fächerübergreifend: Herz, Diabetes  
und Hormone der DDG, DGE und DGK



Prof. Dr. med. Wilhelm Krone  
Fächerübergreifend: Herz, Diabetes  
und Hormone der DDG, DGE und DGK



Prof. Dr. Nikolaus Marx  
Fächerübergreifend: Herz, Diabetes  
und Hormone der DDG, DGE und DGK



## ARBEITSGEMEINSCHAFTEN



Prof.-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



Dr. med. Ralph Ziegler  
Sprecher Arbeitsgemeinschaft  
Pädiatrische Diabetologie



Priv.-Doz. Dr. med. K. D. Lemmen  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes und Auge



Prof. Dr. med. Andreas Birkenfeld  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes und Herz



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



Dr. med. Stephan Kress  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes, Sport & Bewegung



Priv.-Doz. Dr. med. Anke Bahrmann  
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft  
Geriatric und Pflege



Prof. Dr. Dipl.-Psych. Thomas Kubiak  
Sprecher Arbeitsgemeinschaft  
Geriatric und Pflege



Faize Berger  
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes und Migranten



Prof. Dr. med. Peter Schwarz  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft  
Prävention und Rehabilitation



Prof. Dr. Lutz Heinemann  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes & Technologie



Dr. med. Ludwig Merker  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft  
Diabetes und Niere



Prof. Dr. rer. nat. Annette Schürmann  
Sprecherin Arbeitsgemeinschaft Nach-  
wuchs in Klinik und Forschung



Univ.-Prof. Dr. med. Jochen Seufert, FRCPE  
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Nach-  
wuchs in Klinik und Forschung



Prof. Dr. med. Andreas Neu  
Sprecher AG Epidemiologie



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

## REGIONALGESELLSCHAFTEN



Prof. Dr. med. Reinhard Holl  
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Dia-  
betologie Baden-Württemberg e.V. (ADBW)



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. (BDG)



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



Dr. med. Florian Thienel  
Vorsitzender Regionalgesellschaft  
Niedersachsen/Bremen



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



Univ.-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 Holsteinische Gesellschaft  
für Diabetes e.V.



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann  
Sprecher der Regionalgesellschaften



Prof. Dr. med. Henri Wallaschofski  
Vorsitzender Thüringer Gesellschaft für  
Diabetes und Stoffwechselkrankheiten e.V.



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



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

### IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Autoren: Dagmar Arnold, Anne-Katrin Döbler, Ulf Elbelt, Baptist Gallwitz, Dietrich Garlichs, Bernd Hagen, Bertram Häussler, Josef Hecken, Anke Lübbert, Nicole Mattig-Fabian

Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Projektkoordination in der DDG Geschäftsstelle: Katrin Bindeballe

Fotos/Illustrationen: Titelgestaltung: Susanne Appelhantz, S. 3–5: Dirk Michael Deckbar, S. 8–11: Dirk Michael Deckbar, S. 14–15: Dirk Michael Deckbar, Katrin Bindeballe, S. 19: immodium/Shutterstock, picture alliance/dpa/Michael Kappeler, S. 20: Dirk Michael Deckbar, S. 21: Heiko Sakurai, S. 22: Georg J. Lopata/axentis.de, S. 25: Dirk Michael Deckbar, S. 27: KIT/Dirk Michael Deckbar, S. 29: Dagmar Arnold, S. 30: MediClin Müritzklinikum, S. 33: IGES, S. 34: Deutsches Diabetes-Zentrum, Dirk Michael Deckbar, S. 35: privat, SoulPicture König & Peters GbR, S. 36: Helmholtz Zentrum München, privat, Thomas Laeger, S. 37: Michael Haggenmüller - Photographie, privat, S. 39: Dirk Michael Deckbar, S. 43: Fotolia/eyetronic, Bernadette Hagen, S. 46–49: Dirk Michael Deckbar, Katrin Bindeballe, S. 50: privat, S. 52–53: Fotolia: Rawpixel.com, cameris, Lee Yujin, Shutterstock: Trueffelpix, S. 54–55: Marc Schultz-Coulon, Dirk Michael Deckbar, S. 60–63: Dirk Michael Deckbar, privat Gestaltung & Satz: Susanne Appelhantz, www.change-ahoy.de

Für Berufsbezeichnungen wird in dieser Schrift die Schreibweise „Binnen-I-Variante“ verwendet. Sie soll bei Bezeichnungen von Personengruppen kenntlich machen, dass sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint ist, ohne beide Genera ausschreiben zu müssen oder das generische Maskulinum zu verwenden.