

2018 feierte ein Ereignis sein 100-jähriges Jubiläum, das das Leben in Deutschland grundlegend änderte: Frauen bekamen hierzulande erstmals das Recht, wählen zu gehen. Diesem Sieg im Kampf um Gleichberechtigung gingen Jahrzehnte voraus, in denen sich Frauen und auch Männer dafür starkmachten, etwas damals „völlig Undenkbares“ durchzusetzen – etwas, das uns heute absolut normal vorkommt. Ob bürgerlich, proletarisch oder revolutionär, ob Jung oder Alt – die weibliche Hälfte der Bevölkerung bekam 1918 endlich auch eine Stimme.

„Rosie the Riveter“, ursprünglich als Werbefigur zur Anwerbung von Frauen für die Rüstungsindustrie entwickelt, ist für den rasanten Anstieg werktätiger Frauen in den USA verantwortlich. Auch das eine Entwicklung, die für uns heute in Zeiten der Gender- und Equal-Pay-Diskussionen selbstverständlich ist.

Um die Rechte und Bedürfnisse von Menschen durchzusetzen, die keine gute Lobby haben, braucht es Mut, einen langen Atem und große Kraft. Die DDG setzt sich zusammen mit ihren über 9.000 Mitgliedern für rund sieben Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland ein und fordert für sie die bestmögliche medizinische Versorgung. Dazu ist es wichtig, Visionen für zukunftsweisende Versorgungskonzepte mithilfe digitaler Technologien zu entwickeln, translationale Forschung und den Nachwuchs zu fördern sowie aktiv in der Gesundheitspolitik die Diabetologie zu vertreten, um dafür zu sorgen, dass auch morgen Diabetologie in Klinik, Praxis und Forschung gestärkt vertreten ist.

Gleichzeitig gehört dazu, etwas vor Kurzem noch „Undenkbares“ zu fordern, um Übergewicht, Adipositas und Diabetes zu verhindern: eine „gesunde Mehrwertsteuer“ und Fertiglernsmittel mit deutlich reduziertem Zucker-, Salz- und Fettanteil, Werbeverbote für ungesunde Lebensmittel an Kinder und mehr.

Längst ist in Politik und Gesellschaft angekommen, dass wir alle etwas tun müssen, um eine wirklich nachhaltige Prävention, spezifische Therapiestrategien, Versorgungskonzepte und Forschung gemeinsam zu gestalten. Die DDG hat dafür klare Konzepte, Strategien und Ziele: „We Can Do It“ – lautet daher auch unser Motto.

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

www.ddg.info

GESCHÄFTSBERICHT 2018

We Can Do It!



DDG Deutsche
Diabetes
Gesellschaft

2018

DIABETOLOGIE IM MEDIZINSTUDIUM

DIGITAL UNTERSTÜTZTE VERSORGUNGSKONZEPTE

VERHÄLTNISPRÄVENTION

GESUNDE MEHRWERTSTEUER

DIABETOLOGISCH-ENDOKRINOLOGISCHE LEHRSTÜHLE

FLÄCHENDECKENDE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DIABETES

NACHWUCHS

UMSETZUNG E-HEALTH-GESETZ

DIABETES-FACHABTEILUNGEN IN DEN KLINIKEN

DIABETESREGISTER

VERGÜTUNG SPRECHENDER MEDIZIN

MUSTERWEITERBILDUNGSORDNUNG

PRÄVENTION VON DIABETES UND ADIPOSITAS

VERSORGUNGSFORSCHUNG

TRANSLATIONALE FORSCHUNG

SCREENING & FRÜHERKENNUNG

VERBINDLICHE AUFKLÄRUNG IN VORSORGEUNTERSUCHUNG ALLER ALTERSGRUPPEN

WOHNORTNAHE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

TÄGLICH SCHULSPORT UND BEWEGUNG FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

TRANSPARENTER NÄHRWERTKENNZEICHNUNG BEI LEBENSMITTELN

TELEMEDIZINISCHE VERSORGUNGSANGEBOTE

ADÄQUATE VERGÜTUNG



Barbara Bitzer



Dirk Müller-Wieland

Liebe Leserinnen und Leser,

ein entschlossener Blick, den Arm angewinkelt, die Faust geballt, die Haare von einem Kopftuch verborgen: So schaut uns unser „Cover-Girl 2018“ an und ruft in die Welt: „We Can Do It!“ Jahrzehnte nach der Entstehung des Motivs ist es tausendfach auf Postern, Kühlschrankschrankmagneten und Kaffeetassen zu finden. „Rosie the Riveter“ ist zu einem Symbol der Frauenemanzipation und für Power schlechthin geworden. Das Motiv erinnert damit an zweierlei: 100 Jahre ist es her, da bekamen Frauen in Deutschland erstmals das Wahlrecht. Und: Ohne die nötige Entschlossenheit, Dinge ändern zu wollen, geht es politisch nicht voran.

Jedes Jahr bekommen rund 500.000 Menschen in Deutschland die Diagnose Typ-2-Diabetes-Erkrankung gestellt. 60 bis 80 Prozent der Erkrankungen wären jedoch vermeidbar! Für die DDG ist es daher ein Schlüsselanliegen, die Prävention von Übergewicht und Adipositas voranzutreiben. Das geht nur über eine systematische Veränderung der Verhältnisse. Das zwingt uns, aktiv zu werden, wenn beispielsweise der gute gemeinte Ansatz des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) für die Reduktion von Zucker, Fett und Salz in Fertigprodukten auf den Tisch kommt – und offensichtlich viel zu kurz greift. Eine freiwillige Selbstverpflichtung von Herstellern ist naiv. Und auch die angepeilten Reduktionsziele sind zu niedrig. Aber immerhin: Unsere Forderung, die Anteile von Zucker und Fett in Fertiglernsmitteln zu reduzieren, damit weniger Menschen an Diabetes erkranken, ist in der Politik angekommen! Wir werden nicht aufhören, uns für wirklich erfolgversprechende Maßnahmen, wie etwa eine „gesunde Mehrwertsteuer“ und eine einfach verständliche Lebensmittelkennzeichnung, einzusetzen.

Wenig hat sich in Bezug auf die Nationale Diabetesstrategie getan. Stillstand prägte das Jahr 2018. An die Bundesregierung appellieren wir daher, sie soll ihre eigenen Ziele aus dem Koalitionsvertrag endlich umsetzen! Doch in den Ländern, die für die Umsetzung verantwortlich sind,

ist bislang nichts angekommen. Es ist höchste Zeit für ein Gesamtkonzept mit konkreten Maßnahmen zu Vorbeugung, Früherkennung sowie Therapie und Erforschung des Diabetes. Wir brauchen Lehrstühle, bettenführende Abteilungen und ein flächendeckendes, sektorenübergreifendes Versorgungsnetz, um den Nachwuchs für unser Fach zu begeistern. Daher werden wir in 2019 unsere Aktivitäten in den Ländern verstärken und Gespräche mit den Landesministerien führen.

„Es ist höchste Zeit für ein Gesamtkonzept mit konkreten Maßnahmen zu Vorbeugung, Früherkennung sowie Therapie und Erforschung des Diabetes. Wir brauchen Lehrstühle, bettenführende Abteilungen und ein flächendeckendes, sektorenübergreifendes Versorgungsnetz, um den Nachwuchs für unser Fach zu begeistern.“

Zu einer besseren Patientenversorgung wird künftig sicherlich auch die Diabetologie 4.0 beitragen: Die DDG arbeitet an einer „elektronischen Diabetesakte (eDA)“. Darunter verstehen wir ein Versorgungskonzept, das durch einen einheitlich lesbaren Datenpool unterstützt wird und eine flächendeckende, patientenzentrierte, sektorenübergreifende und leitlinienbasierte Versorgung sowie Forschung und Prävention möglich macht. Wir wollen die Digitalisierung in der Medizin aktiv mitgestalten – denn wir wissen, welche Parameter in welcher Qualität erhoben werden müssen und welche Daten wir brauchen, um Lücken und Defizite in der Versorgung zu überwinden. Die DDG ist diesbezüglich

mit den relevanten Entscheidern im Gespräch.

Mit über 9.000 Mitgliedern hat die DDG in Deutschland eine gewichtige Stimme – in der Gesundheitspolitik und in der Gesellschaft. „We Can Do It“ – unser Motto bringt es auf den Punkt: Wir werden unsere Ziele erreichen!

Wir danken an dieser Stelle allen, die sich mit großem Engagement in die vielfältigen Aktivitäten der DDG einbringen.

Eine angenehme Lektüre wünschen Ihnen

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland
Präsident

Barbara Bitzer
Geschäftsführerin

INHALT



3



Editorial

6



DDG 2018:
Auf einen Blick

8



Versorgung: Medizin. Patientenwohl. Politik. Digitalisierung.
Bericht aus der Geschäftsstelle

12



Informieren, aufklären und positionieren
DDG Medienarbeit im Aufwärtstrend

16



Personalqualifizierung auf höchstem Niveau

18



Diabetologie 4.0 – Diabetestechnologie auf der Überholspur
Dirk Müller-Wieland und Barbara Bitzer im Gespräch



22



Nationale Diabetesstrategie: Roadmap zur Eindämmung der Diabetesepidemie
von Dietrich Monstadt

24

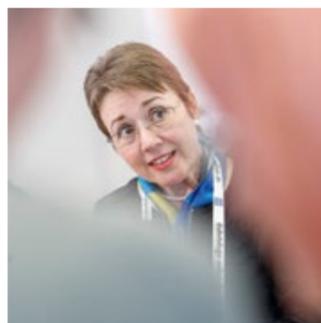


Die gesunde Wahl zur leichten Wahl machen: Strategie für weniger Zucker, Salz und Fett in Fertigprodukten
von Julia Klöckner

26



Gesunde Verhältnisse durchsetzen
Aktivitäten der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)



28



Mehr Basiswissen heißt bessere Versorgung
Reportage: Fortbildung „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“

30



Aktiv für Menschen mit Diabetes und/oder Adipositas
Barbara Bitzer und Stefanie Gerlach im Gespräch

34



Das Leben auf den Kopf gestellt: Typ-1-Diabetes
Reportage: Kinderdiabetologie in Leipzig

36



Diabetes – weltweite Pandemie

38



Patientenorientierung ist der Schlüssel zum Behandlungserfolg
Monika Kellerer im Gespräch

40



2018 – das DDG Jahr in Bildern

44



Closed-Loop-Systeme Marke Eigenbau
PRO UND CONTRA: Stephanie Haack und Andreas Neu im Gespräch



46



Elektronische Patientenakten und die Chancen der Digitalisierung
von Martin Litsch

48



Telemedizin kann Behandlung des diabetischen Fußsyndroms verbessern
von Ralf Lobmann

50



Digitales Diabetes-Präventionszentrum – mit Big Data die Diabetesforschung revolutionieren
von Martin Hrabě de Angelis

52



Herausforderungen und Chancen: Die Versorgung von Diabetespatienten in der Hausarztpraxis
von Ulrich Weigeldt

54



Ehrungen und Preise 2018

58



Zusatzweiterbildung Diabetologie orientiert sich am „Diabetologe DDG“
von Baptist Gallwitz



60



Neues aus der Diabeteswelt

62



diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
10 Jahre Engagement für Menschen mit Diabetes
von Nicole Mattig-Fabian



64



Geschäftszahlen

68



Präsidium, Vorstand, DDG Geschäftsstelle, Ausschüsse und Kommissionen

70



Arbeitsgemeinschaften, Regionalgesellschaften

71



Impressum



Beachten Sie bitte unseren Einleger: **DRG-Projekt und Kodier-Tipps 2019**

DDG 2018: AUF EINEN BLICK

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat über 9.000 Mitglieder. Sie ist damit eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Die Förderung von Wissenschaft und Forschung, von Fort- und Weiterbildung, die Zertifizierungen von Behandlungseinrichtungen und die Leitlinienerstellung gehören zu den Aufgaben der DDG. Neben früh einsetzender Diagnose und einer umfassenden, sektorenübergreifenden und patientenorientierten Therapie macht sich die DDG immer mehr für das Thema Prävention des Diabetes stark. Sie begleitet daher zunehmend kritisch und engagiert politische Entwicklungen und Entscheidungen in den Bereichen Ernährung, Vorsorge und Prävention.

Insgesamt hat die DDG 2018

9.274
Mitglieder

Davon **346** neue Mitglieder.

Die DDG vergibt insgesamt

209
Reisestipendien

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

147
Einrichtungen

erhalten die Anerkennung als

„Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG“

Davon **22** Erstanträge. Insgesamt sind es **413**.

6.478
Fachleute

besuchen den Diabetes Kongress.

3.763
Fachleute

besuchen die Diabetes Herbsttagung.

3.623
Facebook-Abonnenten

1.325
Follower bei Twitter

Ø 856
erreichte User pro Post

Ø 3.400
Impressions

Die DDG wird von



16
Arbeitsgemeinschaften

Die DDG zeichnete

9
Wissenschaftler/innen
aus und förderte

15
Ausschüssen und
Kommissionen

23
Projekte



15
Regionalgesellschaften
unterstützt.

mit
358.300 €

28
Einrichtungen

erhalten das Zertifikat

„Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für die Nebendiagnose Diabetes.

Davon **14** Rezertifizierungen. Insgesamt sind es **105**.

23
Einrichtungen

erhalten die Anerkennung als

„Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement“

Davon **2** Erstanträge. Insgesamt sind es **126**.

Insgesamt gibt es

4.219
„Diabetologinnen DDG“ und
„Diabetologen DDG“

zwei Drittel in Kliniken,
ein Drittel in niedergelassener Praxis.

129



„Diabetologinnen und Diabetologen DDG“ (neu anerkannt in 2018)

6
Psychologinnen/Psychologen

2
Psychodiabetologen/innen RP

erhalten die Anerkennung „Fachpsychologen/innen DDG“.

Insgesamt gibt es **184** „Fachpsychologen/innen DDG“ und **59** Psychodiabetologen/innen RP

Rund

8.500 Apotheker/innen

nahmen an der Intensiv-Fortbildung Pharmazeutische Betreuung von an Diabetes Erkrankten teil.

Davon haben rund

3.700

zusätzlich das Zertifikat „Diabetologisch qualifizierte/r Apotheker/in DDG“.

Insgesamt gibt es rund

4.500
Diabetesberater/innen DDG

8.250
Diabetesassistenten/innen DDG

3.290
Wundassistenten/innen DDG

230
Diabetes-Pflegefachkräfte DDG (Klinik und Langzeit).

134
„Fußbehandlungseinrichtungen DDG“

Insgesamt sind es **303**.



235
Diabetesberater/innen

200
Diabetesassistenten/innen DDG und

145
Wundassistenten/innen
schließen ihre Weiterbildung ab.

77
Teilnehmer/innen
absolvieren erfolgreich die Weiterbildungen zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG Klinik und Langzeit.



18 Trainer/innen
wurden für die neue 2-tägige Fortbildung Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG (BaQ) qualifiziert.

Insgesamt sind es **65**.

12
Stellungnahmen
und

48
Pressemeldungen
zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen werden veröffentlicht.

452 Mio.
Printkontakte

277 Mio.
Page Visits

105 Pflegekräfte
nahmen an der 2-tägigen Fortbildung Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG teil.

Insgesamt sind es **126**.



VERSORGUNG: MEDIZIN. PATIENTENWOHL. POLITIK. DIGITALISIERUNG.

BERICHT AUS DER GESCHÄFTSSTELLE

2018 hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) neben ihren Kernaufgaben als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft zwei besondere Schwerpunkte gesetzt: das Vorantreiben der Digitalisierung in der Diabetologie und den besonderen Einsatz für eine gesündere Ernährung. Ziel ist es, einerseits die Patientenversorgung flächendeckend zu verbessern und andererseits Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung zu reduzieren und damit das Risiko für Typ-2-Diabetes und andere chronische Erkrankungen zu senken. Während Ersteres schwungvoll und dynamisch voranschreitet, wird das Thema Primärprävention im gesundheitspolitischen Diskurs durch unterschiedliche Interessen geprägt. Auf der einen Seite stehen medizinische Verbände und Organisationen, die klare Forderungen für gesündere Lebensmittel stellen, auf der anderen Seite die lobbystarke Lebensmittelindustrie, die dagegenhält, und dazwischen die Politik, die nicht den Mut hat, verbindliche und ambitionierte Maßnahmen vorzugeben.

500.000 neue Typ-2-Diabetes-Diagnosen gibt es in Deutschland jedes Jahr, von denen nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation 60 bis 80 Prozent vermieden werden könnten. Lebensstilfaktoren, wie zu viel und zu ungesunde Nahrung, gepaart mit zu wenig Bewegung, lösen häufig Übergewicht oder Adipositas aus. Nach neuesten Berechnungen des Deutschen Diabetes Zentrums (DDZ) und des Robert Koch-Instituts

(RKI) rechnen wir bis 2040 mit 10 bis 12 Millionen Menschen mit Diabetes Typ 2. Diese Zahlen sind alarmierend und machen deutlich: Eine Trendwende muss her. 2018 engagierte sich die DDG gemeinsam mit anderen Beteiligten für bevölkerungsweite Maßnahmen der Prävention und trug vier konkrete politische Forderungen, darunter die Forderung nach einer „gesunden Mehrwertsteuer“, in Politik und Öffentlichkeit. Die 22 Mitglieder

der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK), diabetesDE – Deutsche Diabetes Hilfe, VDBD, AOK und foodwatch sind hierbei wichtige Bündnispartner. Das Problembewusstsein wächst – das Thema ist in der Politik angekommen.

POLITISCHE FORDERUNGEN UND STRATEGIEN

Die Nationale Diabetesstrategie, im März 2018 endlich im Koalitionsver-



Das Team der DDG Geschäftsstelle in Berlin. (Es fehlt: Sandra Hoyer)

trag der Bundesregierung verankert, ist die Maßnahme, für die die DDG seit vielen Jahren kämpft. Jetzt soll sie also tatsächlich verabschiedet und umgesetzt werden. Die Politik muss nun konkrete Maßnahmen zu Vorbeugung, Früherkennung und Therapie sowie zum Ausbau von Forschung und Versorgungsforschung des Diabetes festlegen. Aus unserer Sicht wäre ein vom Bund vorgegebener Rahmenplan, der auf Länderebene konkret ausgestaltet werden kann, ein wichtiger Schritt. Leider ist bisher politisch nicht viel passiert, sodass wir dieses Thema 2019 intensiv aufgreifen werden.

Ein erster Baustein sollte die von Bundesernährungsministerin Julia Klöckner initiierte „Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten“ sein. Leider setzt die Ministerin wieder nur auf Freiwilligkeit. Die ersten freiwilligen Selbstverpflichtungen

der Lebensmittelindustrie, zum Beispiel die Reduktion von 15 Prozent des Zuckers in gesüßten Erfrischungsgetränken, sind viel zu gering. Auch sind sieben Jahre, die die Industrie für die Reduktion Zeit hat, viel zu lang. Andere Länder wie Großbritannien haben beispielsweise in zwei Jahren bis zu 50 Prozent Zucker in Softdrinks reduziert. Die DDG nutzt diese intensive öffentliche Debatte, um auf die wirklich effektiven Maßnahmen, wie eine gestaffelte Mehrwertsteuer, hinzuweisen. Auch bemängeln wir seit Langem, dass der gesundheitliche Verbraucherschutz im Ernährungsministerium und nicht, wie in vielen anderen Ländern, im Gesundheitsministerium angesiedelt ist.

DIGITALE TRANSFORMATION DER DIABETOLOGIE

Es ist der DDG ein wichtiges Anliegen, ihre Mitglieder im Prozess der digitalen Transformation zu unterstützen und ihnen praktische Hilfe

an die Hand zu geben. So hat sie in Ergänzung zum „Code of Conduct Digital Health“ der DDG, dem 2017 erstellten Rahmenpapier für den digitalen Transformationsprozess in der Diabetologie, zunächst die Broschüre zur EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) herausgegeben und darauf basierend die Veranstaltungsreihe „Digitalisierung DDG“ ins Leben gerufen. In 2018 wurden deutschlandweit vier Veranstaltungen für Diabetesteamer durchgeführt, die auf regen Zuspruch stießen. Behandelt wurden Themen wie: Datenschutz- und Datensicherheit, aber auch praxisrelevante Fragen: „Wie digitalisiere ich meine Praxis oder wie nutze ich neue Technologien, um Zeit für meine Patienten zu gewinnen?“

Von Politik und Öffentlichkeit werden zunehmend Prozess- und patientenrelevante Ergebnisqualität erwartet. Die Patientenversorgung soll leitlinienbasiert sein. Erkrankte und



Unter ihrer Leitung werden die DDG Anliegen in Politik und Gesellschaft getragen: Baptist Gallwitz, Barbara Bitzer, Monika Kellerer und Dirk Müller-Wieland (v.l.n.r.)

ärztliche Fachkraft benötigen beim Kontakt stets alle verfügbaren Patientendaten inklusive aktueller, evidenzbasierter Literatur in bedienerfreundlicher Form. Unsere große Vision einer „elektronischen Diabetesakte“ (eDA), die all das ermöglichen wird, nimmt nach zahlreichen Gesprächen mit Soft- und Hardwarefirmen, Kostenträger und Politik immer mehr Form an. Hierbei handelt es sich um einen einheitlich lesbaren und verwendbaren Datenpool, auf den Erkrankte, Behandelnde und Forschende zugreifen und auch Daten einspeisen können. Die Freigabe zur Nutzung der Patientendaten bleibt dabei stets in Patientenhand.

Die DDG ist ein Vorreiter in Sachen Digitalisierung und möchte auch hier die medizinischen Standards definieren. Diabetologie 4.0 war daher auch das Motto der Jahrespressekonferenz und des Parlamentarischen Abends Mitte Februar 2019. Abgesandte des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hausärzterverbands, des AOK-Bundesverbands und der DDG diskutierten, wie und mit welchen neuen „digitalen Konzepten“ die Versorgung von Menschen mit Diabetes verbessert werden kann. Das Fazit: Wenn die Grundlagen zeitnah gelegt werden und alle Beteiligten an einem

Strang ziehen, kann die elektronische Diabetesakte zu einer Blaupause für andere medizinische Fachbereiche werden. Flächendeckendes Internet, Interoperabilität der verschiedenen künftigen Akten, eine gut ausgebaute Telematikinfrastruktur und der politische Wille zählen zu den Voraussetzungen hierfür.

Immer mehr an Diabetes Erkrankte brauchen in der Zukunft eine Betreuung. Neue Behandlungskonzepte wie die Telemedizin eröffnen große Möglichkeiten, eine Versorgung auf höchstem Niveau von Menschen mit Diabetes auch in strukturschwachen Gebieten sicherzustellen. Ein ganz konkretes Projekt entwickelt die DDG derzeit zusammen mit der AG Fuß und dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI): das telemedizinische Facharztkonsil zum diabetischen Fuß. Ziel ist es, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Amputationsrate zu senken.

VERNETZUNG: „EUROPEAN DIABETES FORUM“

Um die Diabetesprävention und Versorgung nicht nur landes-, sondern auch europaweit zu verbessern, wurde 2018 das „European Diabetes Forum“ (EUDF) ins Leben gerufen. Die Gründung fand im Rahmen der Jahrestagung der European Association

for the Study of Diabetes (EASD) in Berlin statt. Zu diesem Anlass hatte die DDG zu einer „Night of Nations“ eingeladen und alle europäischen Diabetesexpertinnen und -experten zur Formulierung eines gemeinsamen Positionspapiers für Brüssel aufgerufen. Das EUDF stellt in seinem Grundsatzpapier „A Call to Action“ fest, dass die europäischen Gesundheitssysteme gegenwärtig zu schlecht aufgestellt sind, um der wachsenden Diabetespandemie effektiv zu begegnen.

KONGRESSNEUHEIT: JUGENDLICHE LERNEN DIABETESBERUFE KENNEN

Jedes Jahr sind die DDG Kongresse Highlights im Jahresverlauf. Insgesamt nahmen mehr als 10.000 Besucher am Diabetes Kongress in Berlin und an der Diabetes Herbsttagung in Wiesbaden teil. Ein großer Erfolg beim Diabetes Kongress war der gemeinsam von DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe organisierte #sugarwatch: Bei diesem ersten Schulkindertag im Rahmen einer medizinischen Fachveranstaltung informierten sich rund 100 Berliner junge Menschen der Klassenstufen 8 und 9 über Diabetes. Dabei ging es um dessen Risikofaktoren, Vorbeugung, aber auch um die Berufsbilder in der Versorgung rund um die Stoffwechselerkrankung. Im



Zum Jahresanfang lädt die DDG traditionell zu ihrem Parlamentarischen Abend ein.

Rahmen der Jahrestagung der EASD erprobten die DDG, diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) das neue Veranstaltungsformat „DZD meets #dedoc“. Moderiert von Bastian Hauck, diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe Vorstandsmitglied und Blogger, diskutierten junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Menschen mit Diabetes, was Nachwuchsforschende antreibt und welche Fortschritte Betroffene sich von der Wissenschaft erhoffen.

„FORSCHUNGSNETZWERK DIABETES“: PLATTFORM FÜR TRANSLATIONALE FORSCHUNG

Um Forschungsergebnisse aus der Grundlagenforschung schneller und besser in die klinische Anwendung zu

bringen, braucht es vor allem Informationsaustausch und Vernetzung. Die DDG und das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) gründeten 2018 daher das Internetportal „Forschungsnetzwerk Diabetes“. Interessierte finden auf der Webseite Informationen über derzeit laufende Projekte aller relevanten Arbeitsgruppen in Deutschland, ihre Forschungsschwerpunkte sowie deren Finanzierung. Medizinstudierende, Assistenzärztinnen und -ärzte sowie Interessierte aus der Naturwissenschaft können unter



Arbeitsgruppen und Institutionen für eine Promotion, ein Praktikum oder eine PostDoc-Anstellung finden.

All diese und zahlreiche weitere Aktivitäten sind auch dem großen Engagement und dem umfassenden Fachwissen der zahlreichen DDG Gremien und Regionalgesellschaften sowie vieler Einzelner zu verdanken. DDG Abgesandte sind sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene in ständigem Dialog mit Ministerien, Abgeordneten, aber auch mit Institutionen wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Krankenkassen sowie Patienten- und Verbraucherrechtorganisationen. Wir freuen uns auf die weitere intensive Zusammenarbeit und ein aktives und spannendes Jahr 2019!

INFORMIEREN, AUFKLÄREN UND POSITIONIEREN

DIE DDG MEDIENARBEIT IM AUFWÄRTSTREND

Patientinnen und Patienten finden bei „Dr. Google“ schnell, was sie suchen. Beinahe jede zweite Person, die sich online erkundigt, suchte 2018 Gesundheitsinformationen im Internet. Der Bedarf, sich umfassend über Gesundheit und Krankheit zu informieren, ist hoch – und wächst stetig. Auch das Interesse daran, sich und den Körper mithilfe von Gesundheits- und Fitness-Apps zu optimieren und zu kontrollieren, ist immens gestiegen. Aber wie kann eine das Internet nutzende Person qualitativ hochwertige von minderwertigen Informationen unterscheiden? Wer zu Gesundheitsthemen informiert, trägt zunehmend eine große Verantwortung. Die DDG ist Vorreiter einer umfassenden, differenzierten und aktiven Presse- und Medienarbeit rund um Diabetes – und damit sehr erfolgreich!

Aufgrund eigener Recherchen sind viele Menschen heute vorinformiert, wenn sie medizinischen Rat suchen. Das Internet ist als Informationsquelle für Gesundheitsthemen sehr gefragt: Jede 20. Suchanfrage bei Google hat einen Gesundheitsbezug. Die Motive sind unterschiedlich: Die einen wollen ihre Erkrankung selbst managen, andere suchen eine Entscheidungshilfe, einen geeigneten Behandler oder wünschen sich schlicht Austausch und Trost. Trotz zahlreicher Onlineangebote stehen immer noch die traditionellen Medien Fernsehen, Radio, Zeitungen und Zeitschriften hoch in der Gunst der Menschen.

Die Seriosität medizinischer Informationen ist jedoch

nicht immer gesichert. Die DDG arbeitet seit Jahren daran, durch ihre Presse- und Medienarbeit diese auf wissenschaftlicher Evidenz beruhende Qualität zu liefern und diese Informationen auch laienverständlich aufzubereiten. Die Medien mit sachlich richtigen, relevanten und interessanten Themen rund um Diabetes zu versorgen ist die Hauptaufgabe der DDG Pressestelle. Mit einem abwechslungsreichen Mix aus politischen, wissenschaftlichen, medizinischen und Servicethemen gelingt es der DDG, das Krankheitsbild Diabetes in der medialen Öffentlichkeit fest zu verankern. Zugleich schärft sie die Wahrnehmung auf politischer Ebene, da sie zeitnah und prägnant auf politische Entwicklungen reagiert.

+++ **Die WELT: Wissensschub für die Forschung:** Digitalisierung verspricht für die Zucker: Süße Sucht – Gesundheit in Gefahr. +++ **BILD DEUTSCHLAND:** Volkskrankheit häufiges Problem +++ **Stuttgarter Zeitung:** Diabetes: Wenn sich Diabetiker digital



MITTEL UND WEGE: TEXTE. INTERVIEWS. TV-AUFTRITTE.

Die DDG ist der zentrale Ansprechpartner für alle Fragen zur Diabetologie. Das zeigen auch die häufigen Medienanfragen: Im Schnitt gehen zwei bis drei Anfragen am Tag bei der Pressestelle ein.

An die 50 Pressemeldungen zu gesundheitspolitischen Forderungen der DDG, zu neuen Ergebnissen aus den Bereichen Forschung, Diagnostik und Therapie, Folgeerkrankungen, Prävention und Psycho-Sozialem veröffentlichte die DDG im Jahr 2018. Neun sehr gut besuchte Pressekonferenzen führte die DDG 2018 durch. Darunter eine gemeinsam mit

der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) zum Thema „Sparzwang, Lehrstuhlschließungen und fehlende Experten: Was tun Endokrinologen/Diabetologen dagegen?“. Diese war ebenfalls ein großer Erfolg.

GROSSES MEDIENECHO BEI PRESSEKONFERENZEN

Bei besonderen Anlässen sind Pressekonferenzen eine gut geeignete Maßnahme, um Medienabgesandte umfassend zu einem Thema zu informieren. Mit der Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ war Anfang März 2018 ein solcher Anlass gegeben. Die DDG hat als erste diabetologische Fachgesellschaft in Europa eine S2e-Leitlinie zu „Diabetes und

Diabetologie radikale Verbesserungen +++ **Frankfurter Rundschau:**

Diabetes +++ **Pharmazeutische Zeitung:** Fettleber: Bei Diabetes ein

verarztet +++ **rbb Praxis:** Diabetes – Wege aus der Zuckerkrankheit +++



hatten: Darin wurden wirksame Maßnahmen gegen Fehlernährung gefordert. Auf der Pressekonferenz wurden unter weiterer Beteiligung von AOK und TK sowie von Eckart von Hirschhausen die politischen Forderungen näher erläutert. Ein enormes Medienecho begleitete auch diese Konferenz.

Die intensive DDG Medienarbeit ist weiterhin im Aufwärtstrend und konnte sich im Printbereich im Vergleich zum Vorjahr noch einmal steigern: Es wurden 452 Millionen Printkontakte erfasst. Zusammen mit den Onlinekontakten erreichte die DDG insgesamt eine Reichweite von 729 Millionen. Das ist außerordentlich gut für eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft.

JAHRESPRESSEKONFERENZ UND PARLAMENTARISCHER JAHRESEMPFANG

Den Auftakt der Medienaktivitäten bildet in jedem Jahr die Jahrespressekonferenz der DDG – kombiniert mit dem Parlamentarischen Jahresempfang. Thematisch stand bei beiden Veranstaltungen am 12. Februar 2019 die digitale Transformation im Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Bei der sehr gut besuchten Pressekonferenz in Berlin zum Thema „E-Patientenakte, Diabetes-Technologien und Co. – Wie der digitale Wandel Menschen mit Diabetes hilft“ beleuchteten die Referenten diese Entwicklungen aus diabetologischer, ministerialer und aus Sicht der Kostenträger. Beim diesjährigen, wieder außerordentlich gut besuchten, Parlamentarischen Jahresempfang diskutierten DDG Fachkundige zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern der Politik, des Hausärzterverbands und der AOK, wie gut die Diabetologie auf die Digitalisierung vorbereitet ist. „Diabetologie 4.0: Digitalisierung auf der Überholspur – Sind wir bereit?“ lautete der Titel der Veranstaltung.

DDG MEDIENPREISE

Ein weiteres mittlerweile gut etabliertes Instrument der Presse- und Medienarbeit sind die DDG Medienpreise, die im November auf der Diabetes Herbsttagung in Wiesbaden vergeben wurden. Neu in diesem Jahr ist die vierte Kategorie für Wettbewerbsbeiträge: Online. Die fünfköpfige Jury, darunter auch DDG Mediensprecher Professor Baptist Gallwitz, wählte aus fast 30 Beiträgen vier Preisträger aus. In der von der DDG ausgezeichneten Hörfunkproduktion von Ingeborg Hain geht es um das „Metabolische Syndrom – Ein gefährliches Quartett bei Kindern und Jugendlichen“. In dem am 20. März 2018 auf Bayern 2 gesendeten Beitrag geht es um moderne Ansätze wie multimodale Programme gegen Übergewicht mit den Eckpfeilern Ernährung, Sport und Psychologie und um therapieunterstützende Hilfsmittel für die behandelnde kinderärztliche Fachkraft wie

Straßenverkehr“ vorgelegt. Die Themen Autofahren und Mobilität sind zentral in unserer Gesellschaft und die neuen Empfehlungen – nicht nur für Menschen mit Diabetes – von großer Wichtigkeit. Die zentrale Botschaft: Die allermeisten Menschen mit Diabetes können sicher am Straßenverkehr teilnehmen, auch als Taxi-, Bus- oder Lkw-Fahrer. Die Pressekonferenz war außerordentlich gut besucht und die Medienresonanz im Umfeld der Veranstaltung sehr groß.

Anlass für die gemeinsame Pressekonferenz „Ärzte gegen Fehlernährung“ Anfang Mai von DDG, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie der Verbraucherorganisation foodwatch war ein Offener Brief an die Bundesregierung, den im Rahmen einer Unterschriftenaktion mehr als 2.000 Medizinerinnen und Mediziner unterzeichnet



beispielsweise die Onlineplattform des Bremer Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie. Der Radiobeitrag gibt einen Überblick über die Ursachen des Typ-2-Diabetes, greift aktuelle Forschungsergebnisse auf und verbindet das Ganze mit den persönlichen Erfahrungen junger Betroffener. Markus Böhle, Preisträger in der Kategorie Fernsehen, hat für die ZDF-Sendung „Volle Kanne“ (gesendet am 14. November 2017) den Film „Glukosemessung“ gedreht. Wie ein korrektes, regelmäßiges und sicheres Messen heutzutage geht, erklärt er in seinem etwa fünfminütigen Film. Um moderne Diabetesmedikamente geht es in dem exzellent recherchierten und umfassenden Beitrag der Focus-Diabetes-Redakteurin Eileen Stiller. Weit über 30 Seiten umfasst das Spezial „Moderne Medikamente“, erschienen in Heft 3/2017, in dem die Autorin

verständlich aktuelle Behandlungsmöglichkeiten und leitliniengerechte Therapien bei Typ-2-Diabetes darstellt. Den Preis in der Kategorie Online bekam die Videojournalistin Ana-Marija Bilandzija, die für Zeit Online einen Film über eine wenig bekannte Essstörung bei Typ-1-Diabetes-Erkrankten gedreht hat: Diabulimie. Menschen mit Typ-1-Diabetes, die sich absichtlich zu wenig Insulin spritzen, um abzunehmen, drohen große Risiken, zum Beispiel in ein lebensbedrohliches Koma zu fallen. Das vierminütige Porträt einer jungen Frau, die heute ihre Essstörung in den Griff bekommen hat, überzeugte die Jury auf ganzer Linie.

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/presse/medienpreis-der-ddg/medienpreis-2018.html

+++ **Ärzte Zeitung:** E-Health – Diabetologie ist wie geschaffen für den Einsatz von KI

Herstellerankündigungen unverändert hoch +++ **Stuttgarter Nachrichten:**

+++ **Mitteldeutsche Zeitung:** Diabetes – Frau kommen schneller in die Wechseljahre +++

+++ **Deutsches Ärzteblatt:** Marktstudie: Anteil überzuckerter Getränke trotz

Diabetes-Wirkstoffe: zwei von drei mindern vorzeitige Sterblichkeit +++

Pharmazeutische Zeitung: Autofahren – Grünes Licht für fast alle Diabetiker +++

PERSONAL-QUALIFIZIERUNG 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 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 ärztlichen und psychologischen Weiterbildungsseminare werden rotierend an unterschiedlichen Standorten abgehalten.

Detaillierte Informationen unter:

 www.ddg.info/weiterbildung

KONTAKT:

Für Ärztinnen/Ärzte:
Dr. Rebekka Epsch
E-Mail: diabetologe@ddg.info

Für med. Assistenzpersonal:
Susa Schmidt-Kubeneck
und Sandra Hoger
E-Mail: weiterbildung@ddg.info

WEITERBILDUNG	VORAUSSETZUNG	TÄTIGKEITEN	WEITERBILDUNGSDAUER
Diabetologin/ Diabetologe DDG	Ärztin/Arzt mit Facharztqualifikation Mitgliedschaft in der DDG	Medizinische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern, Schwangeren sowie Erkrankte mit Diabetessonderformen	24 Monate Praxis*** (davon mindestens 1 Jahr stationär) 2 Wochen Kurs Klinische Diabetologie 2 Wochen Hospitation*** 4 Tage Seminar Kommunikation/ Gesprächsführung
Fachpsychologin/ Fachpsychologe DDG	Psychologin/Psychologe (Dipl./M.Sc.) Tätigkeit in der Diabetologie (mind. 50%) ggf. mit Schwerpunkt Kinder-/Jugendpsychologie* Mitgliedschaft in der DDG	Psychologische Diagnostik und Therapie von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern, Schwangeren sowie Erkrankte mit Diabetessonderformen	24 Monate Praxis in einer Diabeteseinrichtung* 10 Tage Hospitation* 64 Stunden Präsenzseminare*
1 Diabetesberaterin/ Diabetesberater DDG	Medizinische Fachkräfte** mit 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern und Schwangeren	12 Wochen Präsenzunterricht 544 Stunden Praxisnachweis 1 Woche Hospitation
2 Aufbauqualifikation für Diabetesassistent/in zum/zur Diabetesberater/ in DDG	Nur für Diabetesassistent/in mit medizinischem Grundberuf** mit 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 1, Typ 2, Kindern und Schwangeren	8 Wochen Präsenzunterricht 360 Stunden Praxisnachweis 20 Stunden Hospitation
3 Diabetesassistent/in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit 3-jähriger Ausbildung	Schulung und Beratung von Menschen mit Diabetes Typ 2	4 Wochen Präsenzunterricht 1 Woche Hospitation
4 Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in mit 3-jähriger Ausbildung	Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Kurzzeitpflege	2 Wochen Präsenzunterricht
5 Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in mit 3-jähriger Ausbildung und 1-jähriger Berufserfahrung	Pflegerische Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Akut- und Langzeitpflege	2 Wochen Präsenzunterricht
6 Wundassistent/in DDG	Medizinische Fachkräfte** mit 3-jähriger Ausbildung	Professionelle Wundversorgung von Menschen mit diabetischem Fußsyndrom	1 Woche Präsenzzeit 24 Stunden Hospitation ****
7 Podologin/Podologe DDG	Staatlich geprüfte medizinische Fußpfleger/in, Podologe/Podo- login	Medizinische Pflege des diabeti- schen Fußes sowie Prävention des diabetischen Fußsyndroms	28 Stunden Präsenzzeit 40 Stunden Praktikum ambulant **** 16 Stunden Hospitation stationär ****
Trainerin/Trainer „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“	Diabetologin/Diabetologe DDG/ LÄK oder Diabetesberater/in, examinierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in, Alten- pfleger/in jeweils mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung	Die Trainer/innen erreichen die Schulungsberechtigung für die „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“ und können dann in Trai- nerteams die 2-tägige Weiterbil- dung in ihrer Region selbstständig anbieten.	1 Tag Präsenzzeit
Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG (durchgeführt von Trainerin- nen/Trainern mit Schulungs- berechtigung der DDG)	Examinierte Pflegekräfte	Pflegerische Versorgung von Men- schen mit Diabetes in klinischem und stationärem Setting	2 Tage Präsenzzeit

* Sonderregelung für approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten siehe Weiterbildungsordnung Fachpsychologe/Fachpsychologin DDG

** Zugelassene medizinische Grundberufe laut jeweils gültiger Weiterbildungsordnung

*** in einer DDG-zertifizierten Einrichtung

**** in einer DDG-zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung

DIABETOLOGIE 4.0 – DIABETESTECHNOLOGIEN AUF DER ÜBERHOLSPUR

PRÄSIDENT DIRK MÜLLER-WIELAND UND
GESCHÄFTSFÜHRERIN BARBARA BITZER IM GESPRÄCH

Diabetes ist eine „Datenmanagementkrankung“. Erfassen und Auswerten der von der zu behandelnden Person gesammelten Daten über die eigenen Blutzuckerwerte sind unverzichtbar für die Behandlung. Digitale Technologien bieten große Chancen für eine patientenorientierte und individualisierte Diagnostik und Therapie. Um intelligent erhobene und über Sektoren sowie Leistungserbringer vernetzte Daten nutzen zu können, braucht es standardisierte Schnittstellen. Die DDG hat bereits Weichen gestellt, um eine tragfähige Diabetologie 4.0 zu erschaffen. Diese muss gesundheitspolitisch „flankiert“ und damit auch Teil einer Nationalen Diabetesstrategie werden, die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung festgelegt worden ist. Welche strukturellen Voraussetzungen bereits vorhanden sind, welche Aufgaben die Politik hat und wie die DDG die Qualität der Versorgung von Menschen mit Diabetes in der Zukunft sichern will, beantworten Dirk Müller-Wieland und Barbara Bitzer.



DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer und DDG Präsident Dirk Müller-Wieland stellen die Weichen für eine patientenzentrierte Diabetologie 4.0.

„Unsere Vision ist eine sogenannte elektronische Diabetesakte (eDA) im Sinne eines Datenpools, der eine flächendeckende, patientenzentrierte, sektorenübergreifende und leitlinienbasierte Prävention, Versorgung und Forschung möglich macht.“

Herr Professor Müller-Wieland, im Koalitionsvertrag wurde der „Kampf gegen Volkskrankheiten“ und damit auch eine Nationale Diabetesstrategie verankert. Was hat sich seitdem auf Bundes- und Landesebene getan?

Müller-Wieland: Wir hatten erwartet, dass auf Bundesebene ein Rahmenplan verabschiedet wird, der definierte Maßnahmen enthält. Die konkrete Umsetzung sollte dann im zweiten Schritt auf Landesebene erfolgen. Leider ist es bisher lediglich bei der Absichtserklärung geblieben.

Frau Bitzer, welche konkreten Vorhaben hat die DDG für das Jahr 2019, um den „Umsetzungsdruck“ für die Nationale Diabetesstrategie bei den Ländern zu erhöhen?

Bitzer: Die DDG hat gemeinsam mit dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD), Patientenorganisationen sowie diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe als Stimme der Betroffenen einen Masterplan erarbeitet. Regionale Aktionsteams, bestehend aus ärztlichen Abgesandten der Regionalgesellschaften, Abgesandten der nichtärztlichen Fachberufe sowie Erkrankten, kontaktieren gesundheitspolitisch Verantwortliche und nehmen diese in die Pflicht. Diese Teams adressieren unsere gemeinsamen politischen Forderungen und stellen Beispiele für konkrete Maßnahmen auf Landesebene vor.

Mit dem „DDG Code of Conduct Digital Health“ hat die DDG bereits 2017 die zentralen Handlungsfelder definiert, um aktiv an der digitalen Transformation in der Medizin mitzuwirken. Welche aktuellen Projekte verfolgt die DDG, um die Weichen für eine Diabetologie 4.0 zu stellen?

Müller-Wieland: Mit dem „Code of Conduct Digital Health“ wurden als Erstes ein Handlungsrahmen und eine Positionierung nach innen und außen gegeben. Wesentliche Handlungsfelder sind dabei beispielsweise die Forderung nach Interoperabilität, gemeint ist damit die Fähigkeit zur „nahtlosen“ Zusammenarbeit verschiedener Systeme, Organisationen oder technischer Lösungen, und Interkonnektivität, also der Verbindung dieser Systeme untereinander. Datenschutz und Datensicherheit mit Möglichkeiten der Datenspende und digitale Behandlungsstandards sind weitere Bereiche. Die DDG ist derzeit dabei, sich auf nationaler und internationaler Ebene mit den Entscheidern zum Thema Zulassung zukunftsweisender digitaler Medizinprodukte und Anwendungen auszutauschen und ihr Fachwissen hier einzubringen.

Unsere Vision ist eine sogenannte elektronische Diabetesakte (eDA), im Sinne eines Datenpools, der eine flächendeckende, patientenzentrierte, sektorenübergreifende und leitlinienbasierte Prävention, Versorgung und Forschung möglich macht.

Was sind die zentralen Inhalte der elektronischen Diabetesakte? Wie wird sie die Versorgung der zu behandelnden Personen verbessern?

Müller-Wieland: Betroffene und ärztliche Fachkraft möchten jederzeit Zugriff auf alle verfügbaren Patientendaten, die relevante Literatur und den aktuellen Wissensstand haben. Statt mit Doppelbefundungen oder unvollständigen Daten unnötig Zeit zu vergeuden, gewinnen Ärztinnen und Ärzte und Schulungspersonal durch eine eDA kostbare Zeit, die dann dem Erkrankten zugutekommt. Zudem gewinnen wir wahre Datensätze, deren Analyse (Big Data) neue Zusammenhänge, Subgruppen, klinische Verläufe erkennen lassen und damit neue Therapieansätze ermöglichen. Hierzu sind wir in sondierenden Gesprächen mit Software- und Plattformbetreibenden Firmen, Delegierten von Krankenkassen und andern Beteiligten. Die DDG stellt dabei die medizinische Qualität (medizinischer Standard) der erhobenen Daten sicher. Durch intelligente Vernetzung lassen sich die scheinbar unüberbrückbaren Grenzen der verschiedenen Fach- und Berufsgruppen, zwischen Klinik und Praxis, Pflege und Rehaeinrichtungen und zwischen Stadt und Land überwinden.

Neben den großen digitalen Veränderungen gibt es viele kleinere, die ganz unmittelbar die Arbeits- und Lebenswelt der in der Diabetologie Tätigen beeinflussen. Die DDG startete im Oktober ihre Fortbildungsreihe „Digitalisierung DDG“. Worum geht es hier konkret?

Bitzer: Bereits mit der Broschüre zur neuen EU-DSGVO „Datenhygiene in der diabetologischen Praxis – das neue Datenschutzrecht verstehen und umsetzen“ sowie der dazugehörigen Fortbildungsreihe Digitalisierung bietet die DDG Behandlungsteams praktische Hilfestellungen und nützliche Tipps im Umgang mit der Digitalisierung in der Praxis. Hier geht es neben den rechtlichen Aspekten auch um den praktischen Einsatz und Nutzen moderner, digitaler Technologien, Medizinprodukte und Softwarelösungen. Zudem arbeiten DDG und AG Fuß gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) an der Implementierung eines telemedizinischen Facharztkonils zum diabetischen Fuß.

Der ökonomische Druck im Gesundheitswesen nimmt stetig zu. Das spüren ärztliche Fachkräfte und Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit – und auch die Erkrankten. Was bedeutet die Ökonomisierung in der Medizin für die Diabetologie? Wie kann die „sprechende Medizin“ gestärkt werden?

Müller-Wieland: Nach aktuellen Berechnungen vom

Deutschen Diabetes-Zentrum und vom Robert Koch-Institut müssen wir bis 2040 mit bis zu 12 Millionen Menschen mit Diabetes rechnen. Angesichts dieser dramatischen Entwicklung kommt der Sicherung des diabetologischen Nachwuchses eine besondere Bedeutung zu. Junge Medizinerinnen und Mediziner müssen im Studium bereits mit der Diabetologie in Kontakt kommen. Hierzu bedarf es der Nachbesetzung vakanter beziehungsweise einer Ausweitung diabetologisch-endokrinologischer Lehrstühle sowie der bettenführenden und chefarztgeführten diabetologischen Fachabteilungen. Nur so kann die Versorgung von an Diabetes Erkrankten auch in Zukunft sichergestellt werden.

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) hat eine Reduktionsstrategie für weniger Zucker, Salz und Fett in Fertiglernsmitteln initiiert. Der DDG ist das zu wenig. Warum?

„Die Reduktionsstrategie von Frau Klöckner wirkte zunächst durchaus ambitioniert, ist im Ergebnis aber völlig unzureichend.“

Bitzer: Die Primärprävention des Diabetes ist der DDG ein wichtiges Anliegen. Deshalb bringt sich die DDG politisch aktiv ein, wenn es darum geht, neue Rahmenbedingungen zu setzen, die es allen Menschen ermöglichen, sich gesünder zu ernähren, gemäß dem Leitspruch der WHO: „Make the healthy choice the easy choice.“ Hierzu gehören bevölkerungsweite Maßnahmen wie eine leicht verständliche Lebens-

mittelkennzeichnung, eine „gesunde Mehrwertsteuer“ oder Verbote von Werbung für ungesunde Lebensmittel, die sich direkt an Kinder wendet. Die Reduktionsstrategie von Frau Klöckner wirkte zunächst durchaus ambitioniert, ist im Ergebnis aber völlig unzureichend: Die Maßnahmen sind lediglich freiwillig, die Reduktionsziele, die sich die Industrie selbst gesetzt hat, sind deutlich zu gering und der Zeitraum für die Umsetzung bis 2025 ist viel zu lang.

Eine der Aufgaben der DDG ist es, die Qualität der diabetologischen Versorgung zu sichern. Teil davon sind die DDG Zertifizierungen. Welche neuen Konzepte gibt es und wie profitieren die an Diabetes Erkrankten davon?

Müller-Wieland: Bereits bei dem bestehenden Zertifizierungssystem war die DDG Vorreiterin und hat hohe Qualitätsstandards gesetzt. Die Anforderungen von Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit an eine qualitativ hochwertige und qualitätsgeprüfte Behandlung wachsen. Erwartet werden neben einer guten Struktur- auch zunehmend mehr Prozess- und Ergebnisqualität. Um die Versorgung zukunftssicher aufzustellen, bedarf es eines leitlinienbasierten, für die Erkrankten transparenten und nachvollziehbaren Versorgungskonzepts. Dieses sollte transsektoral gedacht sein und den individuellen Expertisen der Behandlerinnen und Behandler gerecht



Klare und leicht verständliche Kennzeichnungen auf Fertiglernsmitteln wie beispielsweise in Chile erleichtern es den Menschen, eine „bewusste“ Wahl zu treffen.



Erste Hersteller in Deutschland greifen dies auf, weil die Politik bislang noch keine verbindlichen Standards vorgibt.

werden. Dafür arbeiten wir an einer modularen, kompetenzbasierten Zertifizierung. Die ersten drei Module zu „Diabetes und Schwangerschaft“, „Adipositas“ und zum „Diabetologischen Fußsyndrom“ sind bereits in Arbeit.

Die DDG ist eine sehr dynamische Fachgesellschaft. In den letzten Jahren wurde sehr viel angestoßen und auf den Weg gebracht: Welche weiteren Vorhaben und Aktivitäten stehen 2019 auf der Agenda?

Bitzer: Neben den hier bereits genannten zahlreichen und wichtigen Projekten ist die neue und von mehreren

Fachgesellschaften gemeinsam mit der Bundesärztekammer erarbeitete Musterweiterbildungsordnung auf Basis des DDG Curriculums zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Diabetologin/Diabetologe ein Kernthema unserer landespolitischen Aktivitäten. Die Regionalgesellschaften und deren Weiterbildungsbeauftragten sprechen derzeit mit Beauftragten der Landesärztekammern. Unser Ziel ist eine qualitativ hochwertige und möglichst homogene Weiterbildung der zukünftigen Diabetologinnen und Diabetologen.

Vielen Dank für das Gespräch!



NATIONALE DIABETESSTRATEGIE

ROADMAP ZUR EINDÄMMUNG DER DIABETESEPIDEMIE

DIETRICH MONSTADT

1. INITIIERUNG EINER NATIONALEN DIABETESSTRATEGIE

Die Zahlen sprechen für sich: Adipositas und Diabetes sind weltweit auf dem Vormarsch. Auch in Deutschland. Jedes Jahr steigt bei uns die Zahl der Erkrankten um circa 500.000 Menschen an. Das sind fast 1.000 neue Erkrankungen täglich. Diesen Diabetes-tsunami können wir nur stoppen, wenn wir eine nationale Strategie auf Basis von Verhaltens- und Verhältnispräventionsmaßnahmen entwickeln.

Ich spreche aber nicht nur als Bericht-erstat-ter der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag für eine Diabetesstrategie: Als Typ-2-Diabetes-Erkrankter kann ich die Schwierigkeiten, denen man als Betroffener oder als Betroffene ausgesetzt ist, nachvollziehen. Daher setze ich mich im Bundestag seit Jahren für eine Nationale Diabetesstrategie ein. Die ersten Schritte sind getan.

2. NATIONALE DIABETESSTRATEGIE: WAS BENÖTIGEN WIR?

Eine Diabetesstrategie muss sich auf unterschiedliche Bereiche konzentrieren: Versorgung, Forschung und nicht zuletzt Prävention, um die Ausbreitung des Diabetes mellitus einzuschränken.

Im Bereich der Versorgung wollen wir eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Wer bereits an Diabetes leidet, benötigt eine kontinuierliche, wohnortnahe, ambulante Langzeitbetreuung. Hier ist besonders die Verzahnung der vorhandenen Strukturen (hausärztliche Fachkraft, Schwerpunktpraxis, Klinik) auszubauen. Dazu benötigte Daten könnten sich über die Disease-Management-Programme (DMP) erfassen lassen. Aktuelle Zahlen zufolge ist knapp die Hälfte aller Diabetespatientinnen und -patienten in DMP eingeschrieben.

In der Diabetesstrategie fordern wir von den zuständigen Partnerinnen und Partnern der Selbstverwaltung, die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten zu erhöhen, um zu erreichen, dass sich noch mehr Erkrankte einschreiben. Die Programme können nach Auswertung dieser Millionen Datensätze passgenauer weiterentwickelt werden, damit beispielsweise Folgeerkrankungen verhindert werden.

Genauso wird die Einrichtung eines Nationalen Diabetesregisters die Forschung vorantreiben. Dazu lassen sich die bereits vorhandenen Daten und die digitale Infrastruktur der DMP nutzen. Im aktuellen Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sind bereits Mittel zu unterschiedlichen Maßnahmen bereitgestellt, die sich Projekten und Workshops zu Aufklärung und Prävention widmen. Dabei steht im Vordergrund die Entwicklung von personalisierter

Diabetesmedizin, die sich auf Basis der Daten eines Registers oder der DMP erforschen und ausbauen lässt. Insbesondere die Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung oder auch Arzneimitteleinnahme sind dabei von Interesse.

Nicht zuletzt sind aber Präventionsmaßnahmen in der Diabetesstrategie verankert. Die besondere Herausforderung ist nicht nur, Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention zu verankern, sondern aufgrund der ressortübergreifenden Zuständigkeiten alle Beteiligten für die gleichen Wege zum Ziel zu gewinnen.

WIE KÖNNEN WIR DIESE ZIELE POLITISCH UMSETZEN?

Im politischen Abstimmungsprozess bedeuten die ressortübergreifenden Zuständigkeiten, dass die Entscheidungen nicht nur mit dem BMG abgestimmt werden, sondern beispielsweise auch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) oder das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sich mit den Inhalten dieser Strategie befassen.

Darüber hinaus ist auch eine enge Einbindung der Länder notwendig, wenn es etwa darum geht, den Schulalltag anders zu gestalten: Hier setzen wir uns für gesünderes Schulleben und mehr Bewegung in der Schule ein. Bildungs- und Schulpolitik sind Ländersache, sodass wir an die jeweiligen Bundesländer appellieren müssen. Mit ihnen muss eine enge Abstimmung stattfinden. Darüber hinaus ist es nicht einzige Aufgabe der Kultusministerien, sich mit dem Thema Schulleben auseinanderzusetzen – ich sehe hier auch die jeweiligen Landwirtschaftsministerien in der Verantwortung, endlich zu handeln. Diese stehen vielfach in engem Kontakt mit den Lebens-



„Eine Diabetesstrategie muss sich auf unterschiedliche Bereiche konzentrieren: Versorgung, Forschung und nicht zuletzt Prävention, um die Ausbreitung des Diabetes mellitus einzuschränken.“

mittelherstellern und bringen daher eine andere Expertise in den Diskurs ein, die sich häufig nicht vollständig mit den Erkenntnissen der Gesundheitsforscher deckt. Obwohl sich die Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft auf dem Beginn eines guten Weges befindet, sind die Vorgaben, die das BMEL fordert, vielfach nicht verbindlich genug. Das wirkt sich auf die Landesministerien aus und wir müssen an unterschiedlichen Fronten im Deutschen Bundestag und in den Bundesländern Überzeugungsarbeit leisten.

Auch zwischen den Koalitionspartnern gibt es gelegentlich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Daher diskutieren wir die Inhalte ei-

ner Nationalen Diabetesstrategie mit den Kolleginnen und Kollegen bereits seit einer Weile und arbeiten unterschiedliche Knackpunkte heraus.

Folgende Schritte sind aktuell geplant, um die Nationale Diabetesstrategie, die wir auch im Koalitionsvertrag verankert haben, umzusetzen:

Derzeit befinden wir uns in der Abstimmung mit der SPD. Es gibt hier immer noch kleinere Unstimmigkeiten, die wir aber in Kürze überwinden sollten. Danach wird die Strategie in den jeweiligen Arbeitsgruppen und anschließend im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag besprochen. Ab dem darauffolgenden 1. Lesung im Deutschen Bundestag ist das parlamentarische Verfahren gestartet, mit der 2./3. Lesung, die hoffentlich bald darauf folgen können, abgeschlossen.

Wir in der Arbeitsgruppe Gesundheit sind der Meinung, dass es nicht schnell genug gehen kann, und wollen die Nationale Diabetesstrategie noch 2019 auf den Weg bringen.

Der Autor ist Rechtsanwalt, MdB (CDU) und Mitglied im Ausschuss für Gesundheit.

DIE DDG KOMMENTIERT:

Wir begrüßen die Verankerung der Nationalen Diabetesstrategie im Koalitionsvertrag und danken Herrn Monstadt sehr für sein großes persönliches Engagement! Von der Regierung erwarten wir schnellstmöglich einen Rahmenplan, der den Bundesländern Orientierung und Leitschnur für eigene Maßnahmen im Kampf gegen Diabetes gibt.



DIE GESUNDE WAHL ZUR LEICHTEN WAHL MACHEN:

STRATEGIE FÜR WENIGER ZUCKER, SALZ UND FETT IN FERTIGPRODUKTEN

JULIA KLÖCKNER

Mitte Januar fand die Internationale Grüne Woche in Berlin statt, die weltgrößte Leistungsschau der Ernährungs- und Landwirtschaft. Viele Verbraucherinnen und Verbraucher konnten erleben, wie Land- und Ernährungswirtschaft heute funktionieren. In der Halle meines Ministeriums haben wir sogar die gesamte Wertschöpfungskette für Lebensmittel dargestellt – vom Stall über den Acker bis auf den Teller.

Der Stand des Max Rubner-Instituts, unseres Bundesforschungsinstituts für Ernährung und Lebensmittel, war ein besonderer Magnet: Das Publikum konnten dort testen, wie zum Beispiel Brot schmeckt, das weniger gesalzen ist. Oder Brühwurst mit Schwarzwurzel und Kartoffelmehl, durch die 50 Prozent Fett eingespart werden. Oder Kekse mit Rapsöl zur Vermeidung von Transfetten sowie Schokolade mit weniger Zucker. Die Ergebnisse waren für viele überraschend: Die Lebensmittel schmeckten immer noch gut.

Und genau da will ich ansetzen. Ich will erreichen, dass es leichtfällt, sich im Alltag gesunderhaltend zu ernähren, und dass es schmeckt. Dass die gesunde Wahl zur leichten Wahl wird. Gerade eine ausgewogene, gesunderhaltende Ernährung ist der Schlüssel zu einem gesunden und selbstbestimmten Leben bis ins hohe Alter. Dafür habe ich im vergangenen Jahr einen Startpunkt gesetzt: mit meiner Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten. Eine Strategie, die nicht nur reduziert, sondern auch investiert: in mehr Forschung,

Innovation und Ernährungsbildung. Und die deswegen ein Mammutschritt ist – in Richtung gesunde Ernährung!

Denn: 47 Prozent der Frauen, 62 Prozent der Männer und 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind in Deutschland übergewichtig. Das sind alarmierende Zahlen, die ich sehr ernst nehme. Es gibt einen wissenschaftlichen Konsens, dass die Reduktion von Zucker, bestimmten Fetten und Salz sowie der Gesamtkalorien eine gesündere Ernährungsweise fördern und damit auch das Risiko für das Entstehen und das Fortschreiten von manchen Krankheiten senken kann. Mein Ziel ist es, eine gesunde Lebensweise zu fördern, den Anteil der Übergewichtigen und Adipösen in der Bevölkerung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu senken und die Häufigkeit von Krankheiten, die durch Ernährung mitbedingt werden, zu verringern. Darauf habe ich mich mit der Ernährungswirtschaft, der Wissenschaft, mit der Verbraucher- und Gesundheitsseite verständigt. Mehr noch: Ich habe eine Grundsatzvereinbarung mit der Wirtschaft getroffen – als ein zentrales Etappenziel, das es so zuvor noch nicht gegeben hat. Die Ernährungsindustrie verpflichtet sich, in einem mehrjährigen Prozess ab 2019 den Gehalt an Zucker, Fetten und Salz in ihren Fertiggerichten zu reduzieren. Denn die Wirtschaft weiß auch: Sie ist Teil der Lösung des Problems.

DIE ZIELE FÜR FRÜHSTÜCKSCEREALIEN, LIMOS UND KINDERJOGHURT

Einzelne Branchen haben mir bereits schriftliche Zusagen über ihre Reduktionsziele bis zum Jahr 2025 vorgelegt.

Links: Der Runde Tisch beim BMEL im Herbst 2018: das Ziel, ein Begleitgremium für die Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie zu etablieren.

Konkret heißt das: Bis zum Jahr 2025 werden mindestens 20 Prozent weniger Zucker in Frühstückscerealien für Kinder enthalten sein, 15 Prozent weniger Zucker in Erfrischungsgetränken und etwa 10 Prozent weniger Zucker in Kinderjoghurts. Das sind Zahlen, die sich aus meiner Sicht sehen lassen können. Dazu kommt eine Vereinbarung mit dem Bäckerhandwerk zu Aufklärungsmaßnahmen für einen sinn- und maßvollen Umgang mit Salz in der Branche. Dies soll zur Reduktion von Salzspitzen im Brot führen. Kenntnisse zur Reduzierung von Zucker, Fetten und Salz sollen in Zukunft in der Aus- und Fortbildung im Lebensmittelhandwerk noch stärker vermittelt werden. Auch eine Selbstverpflichtung zur Salzreduktion in Fertigpizzen wurde abgegeben. Damit sorgen wir dafür, dass gesunde Ernährung Realität werden kann.

Alle Beteiligten der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie stimmen überein, dass Kinder und Jugendliche im Fokus stehen. Gerade die Produkte für unsere Kleinsten – Säuglinge und Kleinkinder bis drei Jahre – sind mir besonders wichtig! Hier muss auch der Staat einen besonderen Maßstab ansetzen. Denn da werden auch bei der Ernährung die Weichen fürs Leben gestellt. Die Wissenschaft ist sich einig: Mit Einführen der Beikost ist Wasser das Getränk der Wahl. Gesüßte Tees haben in der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern nichts zu suchen. Ich werde deshalb den Zusatz von Zucker und anderen süßenden Zutaten in Säuglings- und Kleinkindertees im Rahmen der Diätverordnung rechtlich verbieten.

Mein Ziel ist es, die angeborene Vorliebe für süße Lebensmittel der Kinder – und damit später auch der Erwachsenen – nicht zu verstärken. Neben den Tees werden wir uns zum Beispiel außerdem Kinderkekse genau ansehen. Auch hier gilt für mich: Extrasüße braucht es nicht und die muss raus. Auf eine Regelung auf EU-Ebene, die hierzu ansteht, werde ich deshalb besonders ein Auge werfen. Zur Reduktionsstrategie gehört auch, dass wir das Schul- und Kitaessen in den Blick nehmen.

FORTSCHRITTSBERICHT ENDE 2019

Die Wirtschaft weiß, dass ich meinen Auftrag ernst nehme. Sie weiß auch, dass sie mitziehen muss. Deswegen werden wir den gesamten Prozess der Umsetzung

engmaschig begleiten und monitoren. Im vergangenen Dezember ist meine Reduktions- und Innovationsstrategie im Kabinett beschlossen worden. Mitte Februar begann bereits die Arbeit des Begleitgremiums, das wir eingesetzt haben, in dem Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, der Länder, der Wirtschaft, Wissenschaft, Fachgesellschaften, Gesundheits- und Verbraucherseite mitwirken. Es berät und unterstützt den Prozess. Im Herbst 2019 wird es einen ersten Fortschrittsbericht geben. Ein Zwischenbericht wird Ende 2020 vorgelegt. Bis Ende 2025 wollen wir die Ziele erreicht haben – den Gehalt von Zucker, Fetten und Salz in Fertigprodukten reduziert zu haben.

FORSCHUNG FÖRDERN

Damit nicht genug: Wir werden rund 25 Millionen Euro für Forschungsprojekte zur Verfügung stellen, um die Herstellung von Lebensmitteln mit reduzierten Zucker-, Fett- und Salzanteilen zu beflügeln. Wir bleiben nicht stehen: In einem weiteren Schritt werden wir die Außer-Haus-Verpflegung in die Strategie mitaufnehmen, damit die Menschen in allen Lebenslagen die Möglichkeit haben, die gesunde

Wahl zur leichten Wahl zu machen.

Die Autorin ist Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft.



DIE DDG KOMMENTIERT:

Freiwillige Selbstverpflichtung der Industrie hat noch nie funktioniert. Die veröffentlichten Reduktionsziele für Zucker sind viel zu gering. Sieben Jahre (bis 2025) als Umsetzungszeit sind viel zu lang. Steuererhöhungen in anderen Ländern wie etwa Großbritannien haben gezeigt, dass deutlich höhere Zuckerreduktionen sehr schnell möglich sind! Wenn die Wissenschaft die Reduktionsziele nicht mitgestalten kann, ist auch das Monitoring derartiger Zielvorgaben nicht sinnvoll. Daher nimmt die DDG nicht am Begleitgremium teil. Wir sind weiterhin bereit, bei anderen Maßnahmen wie einer transparenten Lebensmittelkennzeichnung oder einer Besteuerung ungesunder Produkte mitzuwirken.

GESUNDE VERHÄLTNISS DURCHSETZEN

AKTIVITÄTEN DER DEUTSCHEN ALLIANZ NICHTÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN (DANK)

Seit ihrer Gründung 2014 kämpfen in der „Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten“ (DANK) Fachleute aus Medizin, Ernährungswissenschaft und Prävention gemeinsam für ein Ziel: die drastische Zunahme an Krankheiten aufzuhalten, die durch falsche Ernährung, zu wenig Bewegung sowie Tabak- und Alkoholkonsum mitbedingt sind.

Etwa zwei Drittel der vorzeitigen Todesfälle (Versterben vor dem Alter von 70 Jahren) in Europa sind allein bedingt durch die vier Nichtübertragbaren Krankheiten (auch NCD genannt) Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen. Ein Großteil davon wäre durch eine gesündere Lebensweise vermeidbar. Hier ist die Politik gefordert: Nur sie kann bevölkerungsweite Maßnahmen durchsetzen, die eine gesunde Lebensweise durch mehr Transparenz bei Produkten einfach machen, anlog der Forderung der WHO: „Make the healthy choice the easy choice“.

Doch Deutschland ist in Sachen Prävention ein Entwicklungsland. Während viele andere Staaten im Kampf gegen Übergewicht und seine Folgeerkrankungen bereits Maßnahmen ergriffen haben und dabei auch die Lebensmittelwirtschaft in die Pflicht nehmen, setzt die Bundesre-

gierung weiterhin hauptsächlich auf Programme für Ernährungsbildung und auf freiwillige Vereinbarungen mit der Industrie.

Um den „Tsunami der nichtübertragbaren Krankheiten“ aufzuhalten und die Politik zu sensibilisieren, hat sich DANK auf vier Kernforderungen verständigt:

1. Adipogene Lebensmittel besteuern und gesunde Lebensmittel entlasten („Gesunde Mehrwertsteuer“)
2. Verbot von an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel und Getränke
3. Verbindliche Qualitätsstandards für die Kita- und Schulverpflegung nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)
4. Täglich mindestens eine Stunde Bewegung in Kita und Schule

DANK hat sich zu einem sehr aktiven Wissenschaftsbündnis entwickelt, dem inzwischen 22 medizinische

Fachgesellschaften und Organisationen angehören. 2018 übernahm DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer die Funktion der DANK-Sprecherin von ihrem Vorgänger, Dr. Dietrich Garlichs, der auch weiterhin DANK mit großem Engagement unterstützt. Das Bündnis blickt auf ein ereignisreiches und bewegtes Jahr 2018 zurück:

ÄRZTLICHE FACHKRÄFTE GEGEN FEHLERNÄHRUNG

Im Mai 2018 forderten über 2.000 Medizinerinnen und Mediziner in einem offenen Brief an die Bundesregierung unter anderem eine Sonderabgabe auf zuckerhaltige Softdrinks und eine Beschränkung von an Kinder gerichtete Werbung. Ins Leben gerufen wurde die Aktion von der DDG in Kooperation mit foodwatch und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Im Verlauf schlossen sich elf weitere Organisationen an, darunter der AOK Bundesverband, die Techniker Krankenkasse und die Diakonie.

DIE NATIONALE REDUKTIONSTRATEGIE

Auch beim Runden Tisch zur Nationalen Reduktionsstrategie im Ernährungsministerium waren neben einer Übermacht von Industrieverbänden zumindest vier DANK-Mitgliedsorganisationen vertreten: die DDG, die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). In der Kritik am schwachen Ergebnis des Runden Tisches waren sich die Organisationen einig: Wieder setzt die Politik auf freiwillige Maßnahmen. Die bisher veröffentlichten Ziele sind deutlich zu niedrig und sieben Jahre Zeit für die Umsetzung sind viel zu lang. Das wird nicht spürbar sein.

AKTION WENIGER ZUCKER

Eine neue gesamtgesellschaftliche Initiative ist die „Aktion Weniger Zucker“, die der AOK Bundesverband, DDG, DANK, foodwatch und das Ethnomedizinische Zentrum

im Oktober 2018 aus der Taufe gehoben haben. Vorbild ist die britische „Action on Sugar“, die maßgeblich dazu beigetragen hat, die Softdrinksteuer in Großbritannien durchzusetzen. Die deutsche „Aktion Weniger Zucker“ will politische Strategien und Maßnahmen zur Senkung des hohen Zuckerkonsums formulieren, die Bevölkerung aufklären und auch die Industrie motivieren, ihre Produkte gesünder zu gestalten.

Die deutsche „Aktion Weniger Zucker“ will politische Strategien und Maßnahmen zur Senkung des hohen Zuckerkonsums formulieren, die Bevölkerung aufklären und auch die Industrie motivieren, ihre Produkte gesünder zu gestalten.

DANK BEI DEN VEREINTEN NATIONEN

Im Gegensatz zu Deutschland sind NCDs international ein prominentes Thema: Ende September 2018 tagte in New York der 3. NCD-Gipfel der Vereinten Nationen, an dem wieder höchste Regierungsdelegierte vieler

Länder teilnahmen. Schon im Vorfeld traf sich DANK-Sprecherin und DDG Geschäftsführerin Barbara Bitzer zu einem Gespräch mit dem Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit, Lutz Stroppe, um auf die Bedeutung für Deutschland hinzuweisen. Auf dem Gipfel selbst hatten Barbara Bitzer und Dr. Gottlobe Fabisch, Geschäftsführerin des VDBD, Gelegenheit zu einem weiteren intensiven Gespräch mit Herrn Stroppe zu notwendigen Maßnahmen und der Verantwortung des Gesundheitsministeriums. Bereits beim vorbereitenden „Social Hearing“ der UN im Juli waren von DANK Heike Dierbach und Dr. Katrin Schaller (dkfz) vor Ort. DANK organisierte zum Auftakt eine öffentlichkeitswirksame Aktion: Vor

dem Eingang zum UN-Hauptquartier standen Aktivisten aus zehn Ländern mit großen orangefarbenen Buchstaben: „Enough. Beat NCDs“ (Es reicht. Stoppt NCDs). Diese Aktion wurde von den Delegierten sehr positiv aufgenommen und die Bilder wurden vielfach in den sozialen Medien geteilt.

Obwohl DANK mit bescheidenen Mitteln, dafür mit großem Enthusiasmus agiert, hat die Allianz bereits einiges erreicht und dazu beigetragen, dass der Kenntnisstand bei Presse und Politikern zur Wirksamkeit verhältnispräventiver Maßnahmen, wie etwa einer Softdrinksteuer oder einer transparenten Lebensmittelkennzeichnung, sich deutlich verbessert hat.



Gemeinsam für gesündere Ernährung: foodwatch-Kampanier Oliver Huizinga, DDG-Bauftragter für Prävention Dietrich Garlichs, Eckart von Hirschhausen und AOK-Bundesvorsitzender Martin Litsch (v. l. n. r.)

Gottlobe Fabisch (VDBD), Lutz Stroppe (Staatssekretär im BMG) und Barbara Bitzer (DDG) beim UN-Gipfel (v. l. n. r.)

MEHR BASISWISSEN HEISST BESSERE VERSORGUNG

DER UMGANG MIT DIABETES IST AN JEDEM TAG RELEVANT

REPORTAGE VON BETTINA RACKOW-FREITAG

Was bedeutet es, an Diabetes erkrankt zu sein? Wie können Pflegenden lernen, sich in die Situation des Erkrankten hineinzusetzen? Seit zwei Jahren gibt es in der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Regensburg die Fortbildung „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“. Und die kommt gut an!

Dem Trainerteam ist besonders wichtig, dass die Teilnehmenden nicht mit theoretischem Fachwissen überfrachtet werden, sondern mithilfe des Ausbildungsmaterials der DDG praxisnah eine ganzheitliche Sicht auf die Versorgung der häufig multimorbiden Erkrankten bekommen. Das ist der erste Schritt zu einer besseren pflegerischen Versorgung von Menschen mit Diabetes.

Auf dem Tisch steht ein silberner Koffer. Einer der Teilnehmenden holt die groben Arbeitshandschuhe heraus und streift sie über, danach setzt er noch eine Spezialbrille auf, die Augenleiden simuliert. Jetzt heißt die Aufgabe: Blutzucker messen, die Werte ablesen und im Buch notieren. Doch so einfach ist das nicht, wenn man schlecht greifen und nicht gut sehen kann. „Wir simulieren die Situation von alten Menschen, die unter einer Diabeteserkrankung leiden. Sie müssen mit steifen Fingern und einem schlechten Sehvermögen jeden Tag mehrmals ihre Werte überprüfen“, erklärt Angelika Deml. Sie arbeitet in Regensburg als Diabetesberaterin im Krankenhaus und ist Bildungsreferentin für Diabetes mellitus und chronische Erkrankungen in der Katholischen Akademie. Ihr steht Thomas Erber als Trainer zur Seite, er ist wie die Teilnehmenden examinierte Pflegekraft und kennt das Problem genau, sich auf jede zu behandelnde Person auf einer Station neu einstellen zu müssen.

Der „Instant-Aging-Koffer“ ist Teil eines Ausbildungspakets, das dem Trainerteam, zu dem neben der Diabetesberaterin und einer Pflegekraft auch eine Diabetologin/ein Diabetologe gehört, von der DDG zur Verfügung gestellt wurde. Zwischen 8 und 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten in der Regel die zweitägigen Fortbildungsseminare „Basisqualifikation Diabetes Pflege“ in der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und

Sozialwesen in Bayern, die zweimal jährlich angeboten werden. Die Resonanz ist sehr gut. Viele haben durch „Mundpropaganda“ von dem Seminar gehört oder wurden von ihrem Arbeitgeber angemeldet. Teilweise hatten sie seit Jahren keine Weiterbildung besucht.

Ihr Berufsalltag ist schwierig: „Sehr viele arbeiten als Pflegenden in geriatrischen Rehakliniken oder auf Krankenhausstationen und sind beim Thema Diabetes auf sich gestellt“, erklärt Dr. med. Tobias Weißgerber, der als Diabetologe das Trainerteam ergänzt. Die betagten Erkrankten leiden meist unter mehreren Erkrankungen, und wird jemand mit einem kardiologischen oder auch orthopädischen Problem eingeliefert, steht die Diabeteserkrankung häufig nicht im Vordergrund. „Wenn ich anhand der Statistiken erkläre, welche tägliche Relevanz das Thema Diabetes im Krankenhaus oder Altenheim hat, kriegen alle Teilnehmenden sofort große Ohren“, sagt der Kardiologe und Diabetologe. Die Zahlen zeigen: Vier Millionen Menschen, die älter als 65 Jahre alt sind, haben Diabetes. Es sind mehr als drei Millionen pflegebedürftige Menschen, die in Heimen stationär oder auch ambulant versorgt werden. „Und rund jeder dritte Patient gilt als möglicher Diabetespatient und benötigt je nach Stadium und Symptomatik eine individuelle Betreuung und Behandlung.“ Ähnlich sieht es in der Akutversorgung aus. Manche wissen nicht einmal von ihrer chronischen



Angelika Deml (Diabetesberaterin und Bildungsreferentin) und Thomas Erber (Pflegefachkraft und Trainer) bilden Pflegekräfte zum Thema Diabetes fort.

Erkrankung. Eine Berücksichtigung des Diabetes verbessert signifikant den Behandlungs- und Genesungsverlauf, führt zu weniger Komplikationen, kürzeren Liegezeiten und nicht zuletzt zufriedeneren Patientinnen und Patienten.

WISSENSDEFIZITE BEIM THEMA DIABETES

Die Fragerunde am ersten Ausbildungstag zeigt, wie der Kenntnisstand und wo die Wissenslücken der Pflegenden liegen. „Gilt die Druckbelastung bei den Wunden auch für den Toilettensitz?“, fragt eine Teilnehmerin. Eine andere beschäftigt ganz banal: „Wie lang wirkt eigentlich das Insulin?“ Tobias Weißgerber will den Pflegekräften eine ganzheitliche Sicht auf die zu Behandelnden nahebringen. Leidet jemand zum Beispiel an einem offenen Bein, geht es nicht nur allein um die Wundversorgung. „Vielmehr sollte man den Ursachen auf den Grund gehen. Ein zu hoher Blutzuckerwert beeinträchtigt die Heilung“, erklärt Weißgerber.

Mithilfe von PowerPoint-Präsentationen wird das aktuelle Know-how über die genetischen Komponenten, die Medikation, gesunde Ernährung und auch das Notfallmanagement erklärt. Die Resonanz ist sehr positiv. „Es war richtig gut, das Grundwissen wiederaufzufrischen. Das habe ich das letzte Mal auf der Krankenpflegeschule gehört“, resümiert eine Teilnehmerin.

Der modulare Aufbau des Seminars kommt gut an. Während der Gruppenarbeit beschreiben und diskutieren die Teilnehmenden Fallbeispiele. Nach der Abschlussprüfung nimmt jeder nicht nur ein Zertifikat mit nach Hause, sondern auch das Wissen, das an die Stationskollegen weitergegeben werden kann. „Leider ist die Zeit viel zu kurz, um alle Themen ausreichend anzusprechen. Schon ein Tag mehr würde helfen“, ziehen die Teilnehmenden Bilanz. „Es ist ein guter Ansatz, um die Qualität der Versorgung zu verbessern“, erklärt Weißgerber, der wie die beiden anderen Seminarleitenden mit viel Idealismus an die Arbeit geht.

Das Trainerteam ist sich einig: Pflegenden haben auf den Stationen eine „herausragende“ und wichtige Stellung inne. „Die Pflegekräfte sind für die Patienten im Gegensatz zum Arzt den ganzen Tag über greifbar und die erste Ansprechperson.“ Das zeigt sich auch beim Entlassungsmanagement. Wenn die erkrankte Person nach dem Arzt-

gespräch noch eine letzte Frage an die Pflegekraft stellt, bevor es nach Hause geht, weil ihr vielleicht noch etwas unklar zur Insulinanpassung geblieben ist, dann ist das ein wichtiger Moment. „Die Antwort muss richtig sein, denn sie ist die letzte Auskunft, die der Patient mit nach Hause nimmt und im Kopf behält.“

TRAIN-THE-TRAINER

Die DDG hat mit dem Fortbildungsangebot Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG auf den großen Bedarf an Basiswissen zum Diabetes für Pflegenden reagiert und bildet seit 2017 Trainerteams aus, die an ihren Heimatstandorten Pflegenden dieses Basiswissen anhand des DDG Curriculums vermitteln. Ziel ist es, mittel- bis langfristig das Basiswissen zu Diabetes und Pflege zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Diabetes in die Fläche zu transportieren.

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

Zielsetzung:
Die Unterrichtenden erreichen die Schulungsberechtigung für die „Basisqualifikation Diabetes Pflege DDG“, das heißt, sie sind damit berechtigt, examinierte Pflegekräfte im Bereich Diabetes und Pflege fortzubilden. In Trainerteams können sie die zweitägige Fortbildung in ihrer Region selbstständig anbieten. Teilnehmende erhalten eine Teilnahmebescheinigung der DDG.

Umfang:
1-tägiges Fortbildungsangebot

Zielgruppe:

- Diabetologinnen/Diabetologen DDG/LÄK
- Diabetesberaterinnen/Diabetesberater DDG
- examinierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende
- examinierte Altenpflegerinnen/Altenpfleger und mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung

Kosten:
Für Ärztinnen/Ärzte 500 Euro, für Diabetesberaterinnen/Diabetesberater DDG und Pflegenden 350 Euro.

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/weiterbildung/basisqualifikation-diabetes-pflege-ddg.html

AKTIV FÜR MENSCHEN MIT DIABETES UND/ODER ADIPOSITAS – ZWEI FACHGESELLSCHAFTEN IM SCHULTERSCHLUSS

DDG GESCHÄFTSFÜHRERIN BARBARA BITZER UND
DAG VORSTAND STEFANIE GERLACH IM GESPRÄCH

Die Themengebiete Diabetes und Adipositas sind in den Bereichen Grundlagenforschung, Prävention und Weiterentwicklung von therapeutischen Ansätzen eng verzahnt. Bei der Versorgung und Schulung von Menschen mit Diabetes Typ 2 spielen die Themen Übergewicht und Ernährung immer eine wichtige Rolle. „Fachübergreifende Versorgung – der Patient im Mittelpunkt“ lautete daher das gemeinsame Motto der 12. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der 34. Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) im November 2018 in Wiesbaden. Was den Schulterschluss der beiden Gesellschaften unverzichtbar macht und welche gemeinsamen Zielsetzungen die Arbeit verbinden, erläutern Barbara Bitzer, Geschäftsführerin der DDG, und Dr. oec. troph. Stefanie Gerlach, Mediensprecherin im Vorstand der DAG.

Frau Bitzer, Adipositas und Diabetes Typ 2 sind Themen, die eng zueinandergehören. Wie hat sich das auf der gemeinsamen Diabetes Herbsttagung in Wiesbaden abgebildet?

Barbara Bitzer: Adipositas gehört zu den größten Risikofaktoren für die Entwicklung eines Diabetes. Daher verbindet das Thema Prävention die beiden Fachgesellschaften auf besondere Weise. Daneben stehen sowohl für die Diabetes- als auch für die Adipositas therapie die Versorgung und auch die Schulung der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Daher gab es auf der Dia-

betes Herbsttagung eine Vielzahl von Symposien und Workshops, die inhaltlich gemeinsam gestaltet wurden und die enge Verzahnung der beiden Fächer bei Grundlagenforschung, Prävention und Therapie deutlich gemacht haben.

Frau Dr. Gerlach, welche Vorteile sehen Sie aufgrund der engen Zusammenarbeit der beiden Fachgesellschaften?

Stefanie Gerlach: Starkes Übergewicht erhöht das Risiko für Diabetes Typ 2 um mindestens das Dreifache. Beide Erkrankungen haben

gemeinsame Risikofaktoren. „Halt the rise in obesity and diabetes“ ist die Selbstverpflichtung, die die Bundesrepublik Deutschland mit Annahme der politischen Deklaration des ersten UN-Gipfels 2011 gegen die nichtübertragbaren Krankheiten eingegangen ist. Davon sind wir weit entfernt – beide Krankheiten nehmen weiter zu, bei der Adipositas besonders auch der Schweregrad. Den Diabetes-Tsunami werden wir nicht aufhalten können, wenn es uns nicht gelingt, die Adipositas einzudämmen. Wissenschaftlich ist von besonderem Interesse, dass erfolgreiche konservative und metabo-



Barbara Bitzer und Stefanie Gerlach: gemeinsam Ziele formulieren und Synergien schaffen

lisch-chirurgische Adipositas therapien auch zu einer Remission des Diabetes Typ 2 führen können – für die an Diabetes Erkrankten ein enormer Anreiz für eine Lebensstiländerung, insbesondere bei Neudiagnose oder auch nach einem adipositaschirurgischen Eingriff. Die multifaktoriellen Ursachen beider Erkrankungen und ihrer Subtypen zu verstehen, exakt zu beschreiben und stratifizierte, synergistisch wirkende Medikamente und Therapiekonzepte zu entwickeln, ist die große wissenschaftliche Herausforderung. Deshalb ist es sinnvoll, gemeinsame Kongresse zu veranstalten.

Beide Fachgesellschaften haben intensiv an dem „Runden Tisch“ zur nationalen Reduktionsstrategie von Frau Klöckner mitgearbeitet. Warum ist jetzt der Zeitpunkt, um politische Weichen im Bereich „Zucker-Fett-Reduktion“ bei Fertiglern zu stellen?

Barbara Bitzer: Die Zahlen sind alarmierend. Wir gehen von etwa 500.000 neuen Diabetesdiagnosen pro Jahr aus. Neben dem persönlichen Leid der Betroffenen sind damit enorme gesamtgesellschaftliche Kosten verbunden, allein für die Folgen von Diabetes rund 35 Milliarden Euro pro Jahr.

Mit der vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) vorgelegten Strategie einer „freiwilligen Selbstverpflichtung“ der Lebensmittelindustrie und den sehr geringen Reduktionszielen werden wir nicht weit kommen. Wir brauchen verbindliche, ambitionierte Zielvorgaben, wer bis wann in welchem Umfang Zucker und Fett reduziert. Notwendig sind beispielsweise für die herkömmlich süße Cola und für Limonade eine Zuckerreduktion um etwa 50 Prozent. Dass sich diese technisch schnell umsetzen lässt, beweist das Beispiel Großbritannien. Nur der Wunsch nach einer „deutlich zweistelligen Zuckerreduktion“ ist zu vage.

Die DAG betont, dass über die gesundheitlichen Risiken eines hohen Zuckerkonsums für die Adipositas und deren Komorbiditäten weitgehend Konsens besteht. Wie sehen aus Ihrer Sicht wirkungsvolle Maßnahmen zur Prävention der Adipositas aus?

Stefanie Gerlach: Die Reduktion des Zuckerverzehrs ist nur ein, wenn auch wichtiges Ziel. Präventionsstrategien in Deutschland sind bis heute dominiert von Information, Aufklärung und Erziehung zu gesundem Verhalten Einzelner. Diese Verhaltensprävention bleibt aber wirkungslos in einer adipogenen Le-

bensumwelt; sie konnte in den letzten Dekaden die Adipositas- und Diabetes-Syndemie nicht verhindern, ist also gescheitert. Stakeholder mit marktwirtschaftlichen Partikularinteressen sind bislang effektiver in der Lage, die Politik zu beeinflussen als Player wie wir mit Interesse am gesellschaftlichen Gemeingut Gesundheit. Die DAG bildet deshalb gemeinsam mit der DDG und anderen gesundheitsorientierten Organisationen eine gemeinsame politische Allianz (Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten = DANK). Wir folgen hier den Empfehlungen der WHO für einen Paradigmenwechsel hin zu bevölkerungsbasierten Präventionsmaßnahmen. Am effektivsten sind ökonomische Anreize für die Lebensmittelindustrie, ihre Rezepturen zu optimieren – wir favorisieren die „gesunde Mehrwertsteuer“ (gesunde Lebensmittel steuerlich entlasten und durch erhöhte Steuern auf ungesunde Lebensmittel gegenfinanzieren). Ähnlich wirksam wären verbindliche Obergrenzen für kritische Inhaltsstoffe (Zucker, Fett, Salz). Wir setzen uns außerdem ein für eine interpretative Lebensmittelkennzeichnung auf der Verpackungsvorderseite (beispielsweise den NutriScore), für ein Verbot von an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung für adipogene Lebensmittel, die verpflichtende



Gesprächsbereit und kritisch sind DDG und DAG. Hier im Gespräch mit Bundesministerin Julia Klöckner beim „Runden Tisch“.

Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards in Kitas und Schulen und eine Stunde Bewegung pro Tag für jeden Schüler an jeder Schule.

Übergewichtige und adipöse Menschen werden oft stigmatisiert und entwickeln häufiger Depressionen. Leiden Menschen, die zudem an Diabetes Typ 2 erkrankt sind, noch mehr? Oder ist die Tatsache, dass es eine anerkannte Krankheit ist, dann „entlastend“?

Barbara Bitzer: Eher verstärkt ein zusätzlicher Diabetes die Probleme noch. Schätzungen gehen davon aus, dass 800.000 Menschen mit Diabetes gleichzeitig an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Denn nicht nur Beruf und Privatleben

ändern sich massiv durch die chronische Erkrankung, auch die Angst in Bezug auf Folgeerkrankungen wie Erblindung oder diabetisches Fußsyndrom lasten auf der Seele.

Sie haben zusammen mit dem Interdisziplinären Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen Leipzig einen „Medienleitfaden Adipositas“ entwickelt. Wie ist dieser aufgenommen worden und was hat sich verbessert?

Stefanie Gerlach: Der Medienleitfaden ist eine Hilfe für Journalistinnen und Journalisten und Medienschaffende, die in nichtdiskriminierender Weise das Thema Adipositas und Übergewicht adressieren wollen. Er

steht zum Download auf der Startseite der DAG-Homepage bereit. In Fachkreisen und von Patientenseite wurde er sehr gelobt – im deutschsprachigen Raum ist er ein echtes Novum. Ich freue mich, als Mediensprecherin darauf verweisen zu können, wenn ich zum Beispiel Anfragen erhalte zu nichtdiskriminierendem Fotomaterial. Leider hat die DAG jedoch keine Mittel für eine Medienresonanzanalyse; ich würde mich über eine Masterarbeit freuen, die das Thema Diskriminierung von Adipositas in deutschen Medien aufgreift.

Warum sind Kooperationen verschiedener Organisationen und gute Kontakte in die Politik wichtig?

Barbara Bitzer: Wir sind an einem Punkt angelangt, an dem wir wissen, dass Aufklärung, Information und Appelle an die „Verantwortung des Einzelnen“ nicht reichen. Jetzt ist die Politik gefordert, die Verhältnisse so zu verändern, dass jeder Einzelne ohne Mühe in punkto Ernährung eine gesunde Entscheidung treffen kann. Hierzu gehören Maßnahmen wie eine „gesunde Mehrwertsteuer“, eine klare Lebensmittelkennzeichnung oder Werbeverbote für ungesunde Lebensmittel an Kinder.

Um auf die Politik einwirken zu können, sind Allianzen wichtig, das Abgleichen von Zielen und das Bündeln von Energie. Ohne einen gewissen gesellschaftlichen Druck wird sich nichts ändern. Daher ist das Wissenschaftsbündnis DANK auch so wichtig, in dem sich neben DDG und DAG noch 20 weitere wichtige medizinische Fachgesellschaften und Organisationen zusammengeschlossen und auf vier zentrale Forderungen geeinigt haben.

Was können DAG und DDG gemeinsam tun, um die Anerkennung der Adipositas als chronische Erkrankung zu erreichen?

Stefanie Gerlach: Die Adipositas ist ja medizinisch und sozialrechtlich längst als chronische Krankheit anerkannt – nur nicht gesundheitspolitisch. Deshalb können wir hier nur über Gespräche mit gesundheitspolitischen Entscheidern eine Änderung herbeiführen. Die Krankenkassen stehen längst in den Startlöchern – das ist auch volkswirtschaftlich sinnvoll –, brauchen aber ein politisches Signal. Medizinische Fachgesellschaften müssen heute auch politisch wirken, wenn sie eine bessere Versorgung realisieren wollen – das hat die DDG in den letzten Jahren er-

kannt und entsprechend gehandelt. Die DAG ist auf einem guten Weg, politischer zu werden. Leider bohrt man da sehr dicke Bretter und es geht viel Zeit ins Land, bis sich das Blatt wendet.

Trotz einer insgesamt guten medizinischen Versorgung in Deutschland haben von Adipositas und/oder Diabetes Betroffene nicht überall Zugang zu einer spezialisierten, leitliniengerechten und sektorenübergreifenden Adipositas-therapie. Was können Sie gemeinsam tun, um die Versorgungsstrukturen zu verbessern?

Barbara Bitzer: Hier spielt das Thema Nachwuchs eine große Rolle. Nach neuesten Berechnungen von DDZ und RKI rechnen wir bis 2040 mit etwa zehn bis zwölf Millionen Menschen mit Diabetes. Um auch künftig die Versorgung sicherstellen zu können, müssen junge ärztlichen Fachkräfte im Rahmen ihrer Ausbildung überhaupt mit dem Fach Diabetologie in Berührung kommen. Hierfür ist es unabdingbar, dass Lehrstühle nachbesetzt und ausgebaut werden. Auch müssen chefarztgeführte Diabetesabteilungen in Kliniken erhalten werden. Darüber hinaus ist es wichtig, Daten zu

erfassen und auszuwerten und daraus Maßnahmen für Prävention und Behandlung abzuleiten. Der Aufbau eines Diabetesregisters als ein weiterer Baustein des Gesamtkonzepts Nationale Diabetesstrategie würde uns einen großen Schritt voranbringen.

Stefanie Gerlach: Die Versorgungssituation im Bereich Adipositas ist desolat. Trotz evidenzbasierter nationaler und internationaler Leitlinien zur Therapie der Adipositas entscheiden Krankenkassen bis heute nach Goodwill, ob sie die Kosten für eine medizinisch indizierte Adipositas-therapie übernehmen wollen oder nicht, meist als Einzelfallentscheidung. Und die Kostenübernahme zu adipositaschirurgischen Maßnahmen durch Krankenkassen erfordert häufig Vorleistungen, die nicht Bestandteil der Regelversorgung sind. Als medizinische Fachgesellschaft setzen wir uns gemeinsam mit den Erkrankten bei der Politik für eine kassenfinanzierte Therapie ein. Die Koalition muss nun zeigen, dass sie vertragstreu ist und tatsächlich „das Patientenwohl als entscheidenden Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen“ heranzieht – wie im Koalitionsvertrag vereinbart.

Vielen Dank für das Gespräch!

DAS LEBEN AUF DEN KOPF GESTELLT: TYP-1-DIABETES

KINDERDIABETOLOGINNEN UND -DIABETOLOGEN BEGLEITEN KINDER UND HERANWACHSENDE DURCH ALLE ENTWICKLUNGSPHASEN

REPORTAGE VON STEFANIE BECKER

Wenn Kinder an Diabetes mellitus Typ 1 erkranken, verändert das ihr weiteres Leben und das ihrer Familie komplett. Die Eltern müssen stets die Ernährung ihrer Kinder im Blick behalten, den Kohlenhydratanteil der Mahlzeiten berechnen, mehrmals täglich den Blutzuckerspiegel messen und die Messergebnisse zur Insulinanpassung interpretieren. „Das ist eine enorme Verantwortung und für viele Familien eine echte Zerreißprobe“, sagt Privatdozent Dr. med. Thomas M. Kapellen. Seit vielen Jahren behandelt der erfahrene Kinderendokrinologe und -diabetologe im Medizinischen Versorgungszentrum (MedVZ) des Universitätsklinikums Leipzig Kinder und Jugendliche mit Diabetes.

Die 16-jährige Lilly-Marléne kennt den Mediziner mehr als zehn Jahre. Mit zweieinhalb Jahren erkrankte sie an Diabetes Typ 1. Wie dramatisch sie damals um ihr Leben kämpfen musste, weiß die aufgeweckte Gymnasiastin nur aus den Schilderungen der Mutter. Tagelang fühlte sich das kleine Mädchen lustlos und schlapp, klagte über Durst und Schwindel. Binnen Sekunden wurde Lilly-Marléne damals bewusstlos, ihre Atmung setzte aus. Auf der Intensivstation des Universitätsklinikums Leipzig erhielt ihre Mutter die niederschmetternde Diagnose. Lilly-Marléne hat Diabetes Typ 1. Bei dem zweieinhalbjährigen Kind war der Blutzuckerspiegel lebensbedrohlich gestiegen und hatte zu einer schweren Stoffwechsellage geführt. Sie erlitt in der Folge einen Hirninfarkt.

„Ein schneller Krankheitsverlauf des Diabetes ist typisch im Kindesalter“, erklärt Kapellen. Treten die Symptome wie anhaltender Durst, häufiges Wasserlassen und Einnässen, Müdigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit sowie Azetongeruch der Atemluft auf, sind höchstens noch 10 bis 15 Prozent der Betazellen vorhanden. Aufgrund mangelnder Erfahrung durch zu seltene Konfrontation mit den doch typischen Symptomen wird die chronische Autoimmunerkrankung von niedergelassenen kinderärztlichen Fachkräften jedoch häufig nicht früh genug erkannt.

Lilly-Marléne hat sich nach dem Hirninfarkt mühsam ins Leben zurückgekämpft und dabei in den vergangenen Jahren viele Höhen und Tiefen durchgestanden. „Allein hätte ich das niemals geschafft“, betont

die 16-jährige, die ihren Therapeuten am MedVZ sehr dankbar ist. Mithilfe von Dr. Kapellen und seinem Team hat sie gelernt, ihre chronische Erkrankung selbstständig zu managen.

In der kinderdiabetologischen Schwerpunktpraxis des MedVZ in Leipzig werden Kinder und Jugendliche bis zu ihrem 18. Lebensjahr durch erfahrene Diabetologinnen und Diabetologen, Diabetes- und Ernährungsberatenden, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie Psychologinnen und Psychologen betreut. Seit 1990 ist die Anzahl der Erkrankten kontinuierlich gestiegen. Obwohl Diabetes in Deutschland schon jetzt zur häufigsten Stoffwechselerkrankung bei Kindern und Jugendlichen zählt, gehen die Fachleute davon aus, dass sich die Erkrankungen bei Kindern unter fünf Jahren bis zum Jahr 2020



Kennen sich seit vielen Jahren: Thomas Kapellen, Kinderdiabetologe, und Lilly-Marléne, 16-jährige Typ-1-Diabetespatientin.



Glück gehabt: Kita und Schule ziehen mit Johannes (10 Jahre) mit seiner Mutter Sandra Lehmann.

TROTZ DIABETES EIN NORMALES LEBEN FÜHREN

Als Johannes mit vier Jahren an Diabetes Typ 1 erkrankte, brach für seine Mutter eine Welt zusammen. „Ich stand völlig unter Schock“, erzählt Sandra Lehmann. Die Familie hat jedoch gelernt, mit der Krankheit umzugehen. „Ich komme gut klar“, sagt der Zehnjährige, der trotz Diabetes aktiv Fußball spielt. Er weiß aber, dass durch den Energieverbrauch beim Sport sein Blutzuckerspiegel sinken und dann eine Unterzuckerung drohen kann. „Dann zittern mir die Beine und mir wird flau“, sagt Johannes. Für solche Situationen hat der Junge Traubenzucker, Gummibärchen oder einen Müsliriegel dabei. In der Schule ist Johannes sehr gut integriert: Ein Pflegedienst misst seinen Blutzucker und berechnet den Kohlenhydratgehalt der Mahlzeiten. Damit auch die Lehrer im Notfall helfen können, finden Schulungen durch Diabetesberater statt. „Es ist wichtig, dass Kinder trotz der chronischen Erkrankung ein normales Leben führen können“, betont Dr. Thomas Kapellen, der seinen kleinen Patientinnen und Patienten seit Jahren medizinisch betreut. So hänge die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wesentlich davon ab, wie Kita und Schulen diabeteskranke Kinder aufnehmen und mit den Eltern an einem Strang ziehen.

sogar verdoppeln werden. Eine Rolle scheinen hierbei Umwelteinflüsse und genetische Risiken, aber auch Kaiserschnittentbindungen und Virusinfektionen zu spielen.

BEHANDLUNG IM TEAM

„Weil unsere Patienten bei der Erstdiagnose meist noch sehr jung sind, benötigen sie die volle Aufmerksamkeit durch das Behandlungsteam, die Eltern, Erziehenden und Lehrenden“, sagt Kapellen. Häufig auftretende Infektionskrankheiten im Kindesalter, Wachstum und hormonelle Veränderungen beeinflussen die Stoffwechsellage und machen individuelle Behandlungspläne erforderlich. „Aufgrund der unterschiedlichen alters- und geschlechtsabhängigen Entwicklungsphasen unterscheidet sich die Betreuung pädiatrischer Patienten mit Diabetes somit sehr

stark von der Therapie Erwachsener“, erklärt Kapellen.

Die Adoleszenz ist auch eine psychosoziale Umbruchphase. Durch Wachstums- und Sexualhormone sowie eine mangelnde „Selbsttherapie“ kommt es zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr zu starken Schwankungen der Stoffwechsellage. Der gewünschte HbA1c-Zielwert von 7,5 Prozent kann häufig nicht erreicht werden. Auch Lilly-Marléne machten die Veränderungen zu Beginn der Pubertät zu schaffen. „Ich hatte das Leben mit dem Diabetes so satt“, erzählt sie, „und wollte genauso unbekümmert sein wie meine Freunde.“ Die Folge: Sie maß den Blutzucker nicht mehr regelmäßig, vergaß das Insulin und reagierte aufgrund starker Unterzuckerung prompt mit Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen, Übelkeit

und Ohnmachtsanfällen. Mithilfe der Psychologen schaffte sie es aber, aus dem seelischen Loch herauszukommen und wieder die Verantwortung für sich und ihr Leben zu übernehmen.

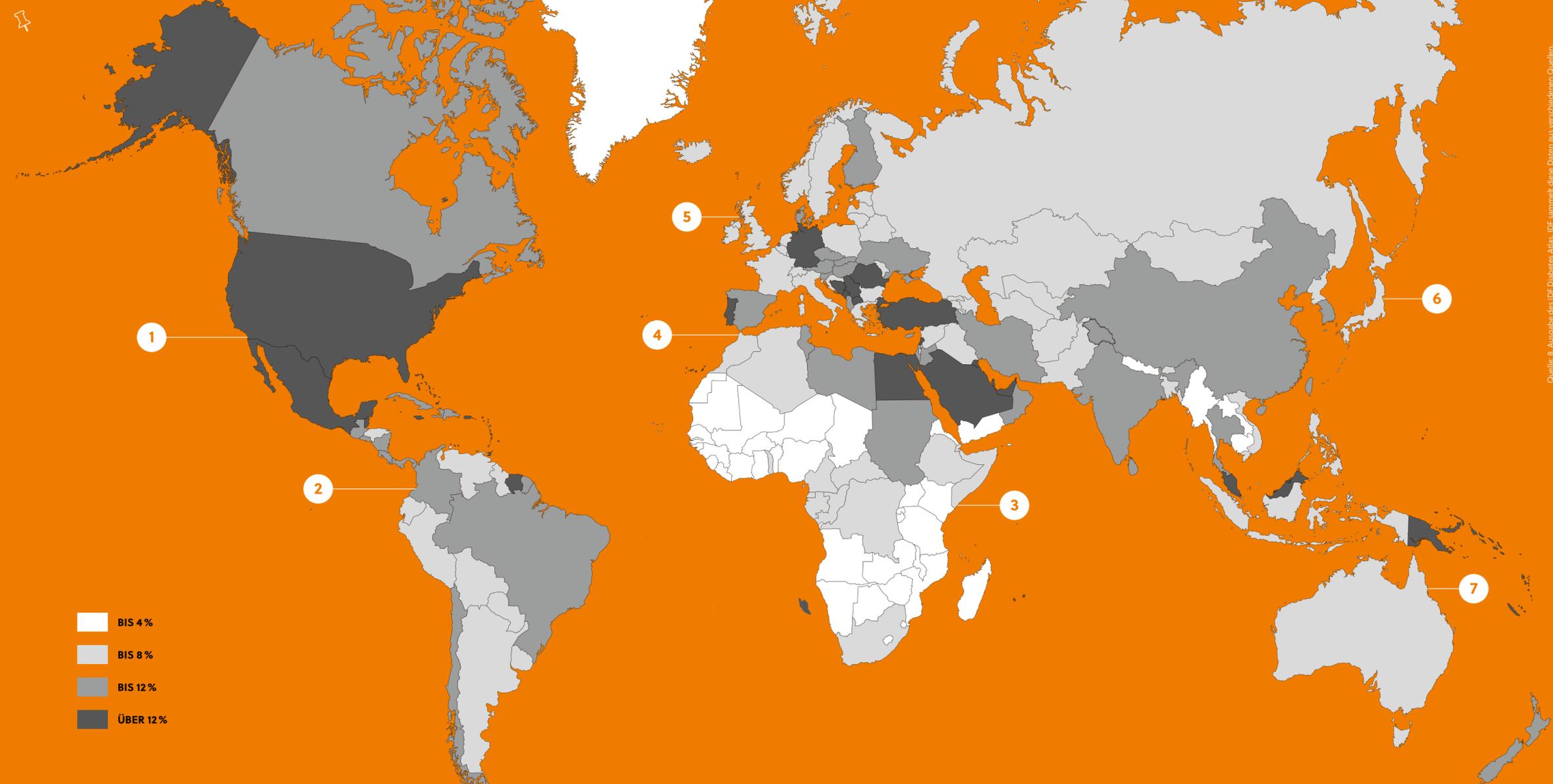
HERAUSFORDERUNG TRANSITION

Der Übergang ins Erwachsenenalter – die sogenannte Transitionsphase – ist besonders herausfordernd, denn ab 18 Jahren beginnt die Erwachsenentherapie beim Internisten. „Nicht immer ist dort das nötige Fachwissen vorhanden und zudem fehlt die Vorgeschichte des Patienten“, meint Kapellen. Um Risiken für Behandlungsfehler zu vermeiden, solle die Therapie der jungen Erwachsenen ausschließlich durch Diabetologinnen und Diabetologen erfolgen, betont er. Thomas Kapellen, der auch Sprecher der DDG Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) ist, will die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus in Deutschland verbessern. Gerade im ländlichen Raum fehlen spezialisierte Behandlungs- und Schulungsangebote. Familien nehmen für die Therapie durch die Leipziger Fachleute häufige Anfahrtswege bis zu 100 Kilometern in Kauf. Damit die Betroffenen möglichst schnell alles Wichtige rund um die chronische Erkrankung wissen, finden im MedVZ Schulungen statt. Ferner werden außerhalb des MedVZ spezielle Freizeitangebote wie Diabetes-Camps angeboten, um Familien zu stärken und die psychosoziale Entwicklung und das Selbstbewusstsein der Heranwachsenden zu stabilisieren. In den Kursen stehen neben Fragen zum Diabetesmanagement wie Blutzuckermessen oder die Handhabung des Insulin-Pens vor allem psychosoziale Fragen im Mittelpunkt. Was kann ich tun, damit meine Mitschülerinnen und Mitschüler mich so akzeptieren wie ich bin? Welche Auswirkung hat der Diabetes auf meine Berufswünsche? Hat die Erkrankung eine Auswirkung, wenn ich eine Familie gründe? „Für uns sind all diese Dinge medizinischer Alltag. Für die Betroffenen stellen sie aber das Leben völlig auf den Kopf“, sagt Kapellen.

DIABETES – WELTWEITE PANDEMIE

Alle zwei Jahre veröffentlicht die Internationale Diabetes-Föderation (IDF) Daten zur weltweiten Verbreitung des Diabetes und legt Schätzungen für die Zukunft vor. Die Zahlen zeigen deutlich: Diabetes ist nach wie vor auf dem Vormarsch. Derzeit haben weltweit etwa 425 Millionen Erwachsene Diabetes, davon mehr als 90 Prozent einen Typ-2-Diabetes. Das sind 10 Millionen Betroffene mehr als bei der letzten Erhebung.

Die IDF und zahlreiche internationale und nationale Organisationen fordern gemeinsame globale Anstrengungen im Kampf gegen Diabetes.



Quelle: 8. Ausgabe des IDF Diabetes Atlas. IDF sammelt diese Daten aus verschiedenen Quellen. Deren Qualität ist sehr unterschiedlich und daher ist deren Vergleichbarkeit eingeschränkt.

- BIS 4 %
- BIS 8 %
- BIS 12 %
- ÜBER 12 %

NORDAMERIKA UND KARIBIK

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

Argentina 6,2 % · Bolivia [Plurinational State of] 6,2 % · Brazil 8,7 % · Chile 9,3 % · Colombia 8,1 % · Costa Rica 9,5 % · Cuba 10,6 % · Dominican Republic 8,1 % · Ecuador 5,5 % · El Salvador 8,7 % · French Guiana 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

Angola 3,1 % · Benin 0,7 % · Botswana 3,8 % · Burkina Faso 1,8 % · Burundi 2,4 % · Cabo Verde 1,9 % · Cameroon 5,9 % · Central African Republic 4,7 % · Chad 3,8 % · Comoros 7,6 % · Congo 6,5 % · Côte d'Ivoire 2,0 % · Democratic Republic of the Congo 4,8 % · Djibouti 7,5 % · Equatorial Guinea 7,0 % · Eritrea 3,2 % · Ethiopia 5,2 % · Gabon 7,0 % · Gambia 1,6 % · Ghana 3,6 % · Guinea 2,0 % · Guinea Bissau 2,0 % · Kenya 2,0 % · Lesotho 2,7 % · Liberia 2,0 % · Madagascar 3,0 % · Malawi 2,4 % · Mali 1,8 % · Mauritania 2,0 % · Mozambique 2,3 % · Namibia 3,4 % · Niger 2,0 % · Nigeria 2,0 % · Réunion 18,8 % · Rwanda 3,4 % · Sao Tome and Principe 1,9 % · Senegal 1,9 % · Seychelles 11,3 % · Sierra Leone 1,9 % · Somalia 4,5 % · South Africa 5,4 % · South Sudan 7,0 % · Swaziland 2,5 % · Togo 4,7 % · Uganda 1,5 % · United Republic of Tanzania 3,6 % · Western Sahara 2,4 % · Zambia 3,0 % · Zimbabwe 1,3 %

MITTLERER OSTEN UND NORDAFRIKA

Afghanistan 6,7 % · Algeria 6,9 % · Bahrain 16,2 % · Egypt 15,1 % · Iran [Islamic Republic of] 8,9 % · Iraq 7,5 % · Jordan 9,5 % · Kuwait 15,1 % · Lebanon 14,6 % · Libya 11,2 % · Morocco 7,3 % · Oman 10,7 % · Pakistan 6,9 % · Qatar 14,1 % · Saudi Arabia 18,5 % ·

State of Palestine 7,0 % · Sudan 10,9 % · Syrian Arab Republic 7,1 % · Tunisia 9,8 % · United Arab Emirates 15,6 % · Yemen 3,8 %

EUROPA

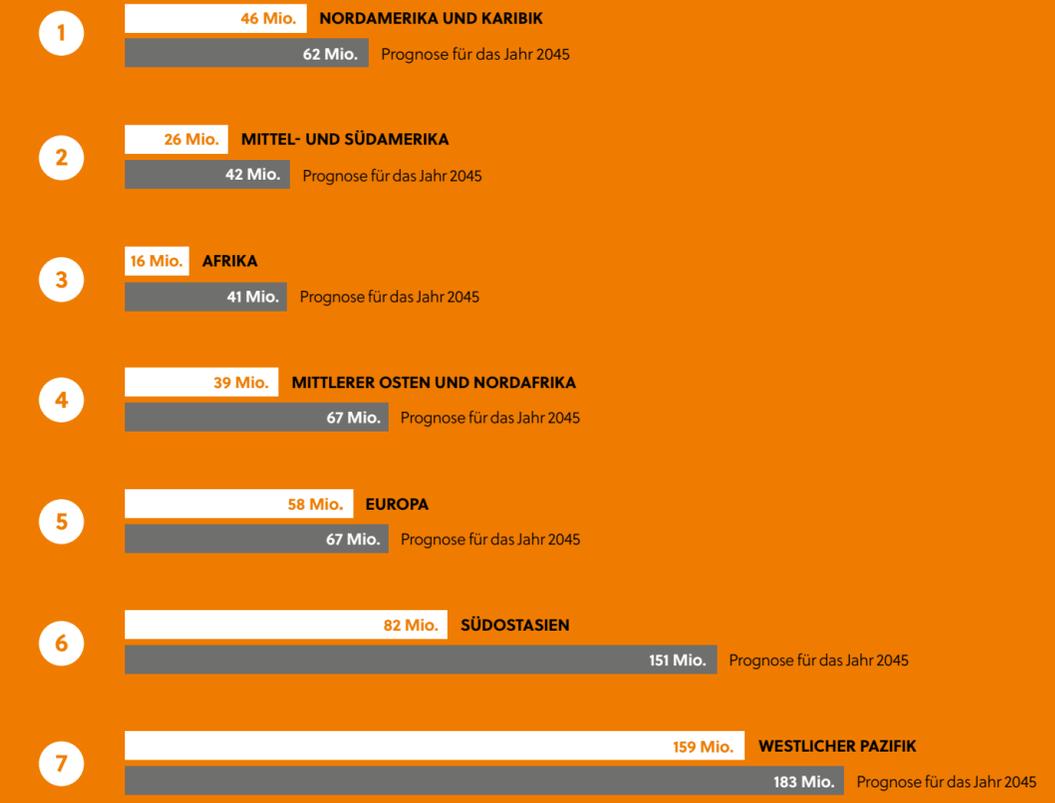
Albania 12,0 % · Andorra 11,8 % · Armenia 7,6 % · Austria 9,1 % · Azerbaijan 7,0 % · Belarus 6,8 % · Belgium 6,1 % · Bosnia and Herzegovina 12,5 % · Bulgaria 7,9 % · Channel Islands 5,6 % · Croatia 7,0 % · Cyprus 10,5 % · Czech Republic 9,5 % · Denmark 9,3 % · Estonia 5,7 % · Faroe Islands 7,1 % · Finland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

SÜDOSTASIEN

Bangladesh 6,9 % · Bhutan 7,9 % · India 8,8 % · Maldives 7,7 % · Mauritius 24,6 % · Nepal 4,0 % · Sri Lanka 8,6 %

WESTLICHER PAZIFIK

Australia 6,5 % · Brunei Darussalam 13,8 % · Cambodia 2,6 % · China 10,9 % · China, Hong Kong SAR 6,2 % · China, Macao SAR 9,3 % · Cook Islands 11,8 % · Fiji 14,5 % · French Polynesia 22,9 % · Guam 23,1 % · Indonesia 6,7 % · Japan 7,7 % · Kiribati 20,4 % · Dem. People's Republic of Korea 4,7 % · Republic of Korea 8,8 % · Lao People's Democratic Republic 3,0 % · Malaysia 16,9 % · Marshall Islands 32,9 % · Micronesia [Fed. States of] 10,6 % · Mongolia 5,1 % · Myanmar 4,0 % · Nauru 24,0 % · New Caledonia 24,9 % · New Zealand 10,1 % · Niue 26,2 % · Palau 17,9 % · Papua New Guinea 15,3 % · Philippines 6,3 % · Samoa 7,3 % · Singapore 13,7 % · Solomon Islands 14,2 % · Taiwan 10,9 % · Thailand 8,3 % · Timor L'Este 5,8 % · Tokelau 26,7 % · Tonga 13,0 % · Tuvalu 29,6 % · Vanuatu 10,9 % · Viet Nam 5,5 %



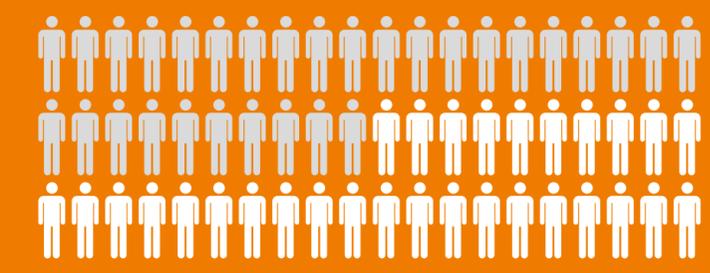
Weltweit leben

425

Millionen Menschen mit Diabetes

50

Prozent nicht diagnostiziert



PATIENTENORIENTIERUNG IST DER SCHLÜSSEL ZUM BEHANDLUNGSERFOLG

EIN GESPRÄCH MIT MONIKA KELLERER,
VIZEPRÄSIDENTIN DER DDG

Die Rolle der Erkrankten im Gesundheitssystem hat sich in den zurückliegenden Jahren deutlich verändert: Immer mehr Menschen informieren sich über medizinische Themen im Internet und tauschen sich online in Communitys aus. All dies hat dazu geführt, dass Betroffene immer mehr Verantwortung für das Management ihrer Krankheit übernehmen und medizinisches Fachpersonal in der Begegnung mit dem Betroffenen umdenken muss. Patientenorientierung heißt Information, Betreuung und Empowerment und ist vor allem bei der Behandlung chronisch kranker Menschen unverzichtbar. Wie sich Behandelnde und Erkrankte „auf Augenhöhe“ begegnen können, welche Bedeutung und welchen Nutzen eine „gemeinsame Entscheidungsfindung“ in Bezug auf Therapieziele und leitliniengerechte Behandlungswege hat und wie sich Patientenorientierung im gesundheitspolitischen Kontext noch stärker festigen lässt, sind für die Diabetologie wichtige Fragen.

Frau Professor Kellerer, wenn Sie sich in die Vergangenheit zurückversetzen: Welche Erinnerung haben Sie an Ihren ersten Arztbesuch?

Meine erste Erinnerung geht auf keinen Arztbesuch in einer Praxis zurück, sondern der Arzt kam zu uns nach Hause. Meine Brüder und ich hatten Windpocken. Wir bekamen irgendeine Tinktur und sollten für eine Woche der Schule fernbleiben – das war natürlich die beste Medizin für uns.

Wie hat sich das Verhältnis von ärztlicher Fachkraft zu Erkranktem in den letzten Jahrzehnten verändert?

Früher hat man der Ärztin oder dem Arzt meist zu 100 Prozent vertraut, hatte nicht die Möglichkeiten, sich selbst zu informieren, und war damit auch mehr ausgeliefert. Ohne menschliche Zuwendung und gegenseitiges Vertrauen funktioniert eine Arzt-Erkrankten-Beziehung aber auch heute nicht. Was sich allerdings sehr geändert hat: Erkrankte sind viel besser über Gesundheitsthemen informiert, kommen manchmal mit Seiten von Internet-Tauschdrucken und haben einen hohen Aufklärungs- und Diskussionsbedarf.

Was sind die Voraussetzungen, die eine Ärztin oder ein Arzt mitbringen sollte, um auf Augenhöhe mit dem Erkrankten zu kommunizieren?

Zuallererst muss sie oder er sich gut in ihrem Fachgebiet auskennen. Erkrankte haben ein feines Gespür dafür, wenn eine ärztliche Fachkraft unsicher oder genervt ist. Ich persönlich finde es sogar oft hilfreich, wenn Erkrankte sich vorher belesen. Wesentlich für eine Kommunikation auf Augenhöhe ist dann, dass eine für den Patienten möglichst verständliche Sprache verwendet wird. Zu einem vertrauensvollen Verhältnis gehört aber auch, dass dem Erkrankten ehrlich gesagt wird, wo die Grenzen der eigenen Kompetenz sind.

„Diabetes ist eine chronische Erkrankung und Betroffene sind nur bereit, eine Therapie dauerhaft durchzuführen oder das Verhalten zu ändern, wenn sie den Sinn verstehen.“



Warum ist Patientenorientierung speziell in der Diabetologie wichtig?

Diabetes ist eine chronische Erkrankung und Betroffene sind nur bereit, eine Therapie dauerhaft durchzuführen oder das Verhalten zu ändern, wenn sie den Sinn verstehen. Auch ist bei Diabetes oft noch die Partnerin/der Partner der/des Erkrankten miteinbezogen und es besteht eine meist langjährige Arzt-Erkrankten-Bindung.

Grundlage jeder medizinischen Behandlung ist Evidenz, die sich in den Leitlinien der DDG abbildet. Welche Bedeutung haben in diesem Kontext Patientenleitlinien und wie erreichen diese die Betroffenen?

Nicht jede Leitlinie ist im gleichen Maße als Patientenleitlinie geeignet. Sehr sinnvoll sind jedoch Leitlinienthemen, bei denen hoher Informationsbedarf und Selbstbeteiligung vom Betroffenen gefordert sind – also beispielsweise bei Gestationsdiabetes, beim Thema Diabetes und Führerschein oder bei der Prävention des Diabetes. Sofern Patientenleitlinien vorhanden sind, sind diese auf der Homepage der DDG einsehbar. Auch das nationale Versorgungsleitlinienprogramm legt oft Patientenversionen auf, diese sind ebenfalls auf der entsprechenden Homepage frei zugänglich. Weiter eignen sich auch die verschiedenen Plattformen von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und der Selbsthilfe gut zur Verbreitung der Patientenleitlinien.

Patientenorientierung ist bereits Bestandteil der Gesundheitspolitik: Seit 2002 gibt es einen Patientenbeauftragten der Bundesregierung, 2013 trat das Ge-

setz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Kraft und die Patientensicherheit wurde insgesamt gestärkt. Was hat sich dadurch geändert und wo ist weiterer Handlungsbedarf?

Das alles sind wichtige Fortschritte im Sinne der Patientenorientierung, und auch die Patientenrechte sind hierdurch gestärkt. Wünschenswert wäre noch, dass Patientenabgesandte aus dem krankheitsspezifischen Bereich – hier also von Diabetes Betroffene – eine Stimme bei politischen Entscheidungen zu Diabetesthemen bekommen.

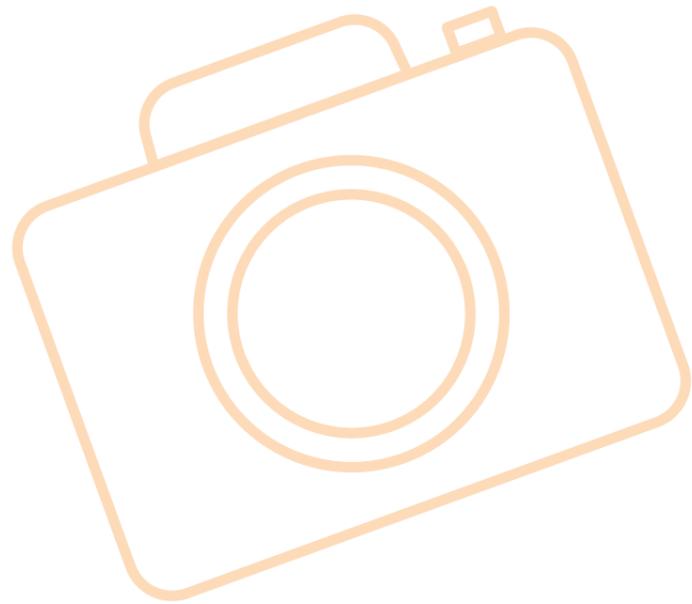
In welchen Bereichen setzt sich die Deutsche Diabetes Gesellschaft ein, um Patientenorientierung zu stärken?

Die DDG unterstützt beispielsweise diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und setzt sich dafür ein, dass die Patientenstimme in der Gesundheitspolitik berücksichtigt wird. Die DDG sorgt weiter dafür, dass qualifizierte Diabetesbehandlungen und -beratungen auch in Zukunft noch zur Verfügung stehen. Im Zuge der digitalen Transformation ist uns wichtig, dass diese unter dem Blickwinkel des Patientennutzens stattfindet und dass auch die Sicherheit von neuen technischen Produkten angesichts der gegenwärtig raschen Innovationsabfolge gewährleistet bleibt.

Vielen Dank für das Gespräch!

Monika Kellerer ist seit 2002 Ärztliche Direktorin der Klinik für Innere Medizin I am Marienhospital Stuttgart. Seit 2008 ist sie mit Unterbrechung Mitglied im Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Ab Juni 2019 übernimmt sie für zwei Jahre die Präsidentschaft der DDG.

2018 – DAS DDG JAHR IN BILDERN



Mit Politik und Leistungserbringern diskutieren, Ideen tauschen und nach neuen Lösungen suchen: Im Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Dietrich Monstadt, MdB, oder auch auf dem parlamentarischen Jahresempfang der DDG mit Martin Litsch (AOK), Tino Sorge, MdB (mitte), Erwin Rüdell, MdB (oben) und Ulrich Weigeldt, Hausärzterverband (unten).



Barbara Bitzer (DDG) und Gottlobe Fabisch (VDBD) vor dem Hashtag der Generalversammlung beim UN-Gipfel Ende September 2018 in New York (oben). Prävention von Diabetes ist neben Früherkennung und bestmöglicher Behandlung eines der zentralen Ziele der DDG. Der Vorstand ist dafür auf allen „Bühnen“ aktiv. (rechts)

Mediensprecher und Präsident: Baptist Gallwitz und Dirk Müller-Wieland im strategischen Austausch – sie planen die Zukunft der Diabetologie.



Jahrestagung der European Association for the Study of Diabetes (EASD) in Berlin: Vorstellung des Positionspapiers „A Call to Action“ durch John Nolan auf der „Night of Nations“ der DDG

Diabetes Kongress und Diabetes Herbsttagung sind die Gelegenheiten, neben der Fort- und Weiterbildung intensiv den Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen zu fördern.



Ein starkes Team: Jens Aberle (DDG) und Martin Wabitsch (DAG). Sie zeigten, wie eng die Themengebiete Diabetes und Adipositas verstrickt sind und wie sich das auf die Versorgung der Menschen mit Diabetes auswirkt.

Weniger Zucker, weniger Fett, weniger Salz – schon dadurch können Erkrankungen verhindert werden.



Ohne „Nachwuchs“ geht es nicht, denn es werden mehr Diabetologen und Diabetesfachkräfte gebraucht. Die DDG fördert potenziellen Nachwuchs durch Reisestipendien oder – zusammen mit diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe gezielte Aktionen wie den Schülertag auf dem Diabetes Kongress. Nicole Mattig-Fabian, Matthias Steiner (Olympiasieger) und Sabrina Vité (Reihe unten links).



Bewährte Formate, die immer wieder Freude machen und Erfolge sichern: Ob Diabeteslauf beim Kongress, Pressekonferenzen, Nachwuchsmentoring – die DDG ist vielseitig und überaus aktiv.



Die Erfolge der DDG verdanken sich dem großen Engagement zahlreicher Mitwirkender aus Vorstand, Ausschüssen, Kommissionen, Arbeitsgemeinschaften und Regionalgesellschaften, unterstützt von der Geschäftsstelle (rechts). Gespräch mit Ursula Schulte, MdB und Lothar Binding, MdB (2. Bild rechts).



CLOSED-LOOP-SYSTEME MARKE EIGENBAU

PRO UND CONTRA

Unter der Bezeichnung DIY-Closed-Loop finden sich im Internet Anleitungen für den (Eigen-)Bau geschlossener Systeme aus Insulinpumpe und Sensoren, die automatisch die Insulindosis individuell anpassen und applizieren (Closed Loop). Wie sicher oder gefährlich sind diese Do-it-yourself-Lösungen und wie sollten ärztliche Fachkräfte darauf reagieren?

+ PRO

3 Fragen an Stephanie Haack, Typ-1-Diabeteschpatientin, Bloggerin (www.pepmeup.org) und Autorin zu Diabetesthemen

Was ist unbefriedigend an den verfügbaren Systemen?

Bei den meisten bisher verfügbaren Systemen sind die relevanten Informationen zunächst einmal nicht an einer Stelle gebündelt, sondern oft auf verschiedene Geräte verteilt und dort isoliert. Meine Glukosekurve, aktives Insulin und aktive Kohlenhydrate dynamisch innerhalb einer Handy-App zu sehen war für mich deshalb schon ein großer Fortschritt. Vor allem aber kann der Closed Loop auf Basis dieser Informationen eine Prognose für den zukünftigen Glukoseverlauf erstellen und auch automatisch das Basalinsulin entsprechend anpassen. In dieser Form ist das bei den aktuell verfügbaren Systemen noch nicht möglich.

Was muss jemand an Voraussetzungen mitbringen, um sich ein DIY-Closed-Loop-System zu bauen? Was muss ein „Looper“ können?

Neben der Hardware (unter anderem eine passende Insulinpumpe) braucht es vor allem eines: Motivation. Man muss technisch zwar nicht besonders versiert sein, um das System aufzusetzen – tatsächlich sieht es komplizierter aus, als es ist. Dennoch sollte man keine Berüh-

rungsängste mit der Technik haben. Es ist wichtig, sich in Ruhe in das Thema einzulesen und nichts zu überstürzen. Schließlich befindet man sich hier außerhalb der Gewährleistung und übernimmt sehr viel Verantwortung. Das sollte niemand unterschätzen. Ist das System einmal aufgesetzt, ist es wichtig, sich trotzdem immer wieder damit zu beschäftigen. Die Erwartung, der Diabetes regele sich dann von selbst, ist unrealistisch. Motivation ist dauerhaft gefragt.



Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie?

Die Risiken sind offensichtlich: Die Systeme sind offiziell noch nicht zugelassen und somit greift keine Garantie. Sie sind nicht komplett ausgereift, es können also Fehler passieren und im Fall des Falles gibt es keine offizielle Anlaufstelle. Ich persönlich bin mir dieser Risiken sehr bewusst und finde es wichtig, sie nicht kleinzureden. Die Chancen jedoch sind enorm: Durch das DIY-Closed-Loop-System hat sich meine Zeit im Zielbereich deutlich verbessert. Das klappt unter anderem, weil ich viele Stunden in einer Art Autopilotmodus verbringe, in dem die Insulinabgabe und somit mein Glukoseverlauf ohne mein Zutun optimiert werden. Das schenkt mir nicht nur tolle Werte, sondern vor allem ein großes Plus an Lebensqualität. Unterm Strich brauche ich also weniger Zeit und Energie für mein Diabetesmanagement – mit besseren Ergebnissen.

- CONTRA

3 Fragen an Professor Andreas Neu, Mitglied im Vorstand der DDG, Oberarzt an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen

Was motiviert Typ-1-Diabetes-Betroffene, sich selbst ein Closed-Loop-System zu bauen?

Der Wunsch von Patientinnen und Patienten mit Typ-1-Diabetes nach einem Closed-Loop-System ist für mich durchaus nachvollziehbar. Die Diabetesbewältigung ist eine tägliche Herausforderung, kostet Kraft und Lebenszeit, die man natürlich lieber in andere Lebensbereiche investieren möchte. Ein Closed-Loop-System bietet die Option einer automatisierten Blutzuckerregulation und dürfte somit im Alltag eine wesentliche Erleichterung darstellen. Das Wissen um eine stabile und nahezu normoglykämische Blutzuckereinstellung entlastet und lässt beruhigt in die Zukunft blicken. Deshalb ist es nachvollziehbar, dass die Zeit, bis solche Systeme auf dem Markt und alle zulassungstechnischen Regularien überwunden sind, „unendlich“ erscheint. Wenn Patientinnen und Patienten in einer solchen Situation selbst die Initiative ergreifen und nach greifbaren Lösungen suchen, so ist das zunächst konsequent und verständlich. Aus der Patientenperspektive heraus erscheinen deshalb solche raschen und kostengünstigen „self-made solutions“ in Form der DIY-Systeme sehr attraktiv.

Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie?

„Looper“ beschäftigen sich intensiv mit ihrem Diabetes.



Sie zeigen große Initiative und Risikobereitschaft, um eine bessere Stoffwechselsituation und mehr Lebensqualität zu gewinnen. Dieses Engagement ist bemerkenswert und fordert Respekt. Die Einbindung dieser Menschen in die Weiterentwicklung technischer Systeme wäre wünschenswert. Ob dies gelingt, bleibt zunächst ungewiss. Das Risiko eines DIY-Systems liegt auf der Hand: In Deutschland sind wir es gewohnt, dass alle technischen Geräte einen hohen Standard haben und sicher für die Bediener sind. Das Risiko, ein technisches Gerät im medizinischen Bereich einzusetzen, sollte minimal gehalten werden. Deshalb sind hohe Standards zur Absicherung der Erkrankten nicht nur wünschenswert, sondern absolut notwendig. Weil diese Absicherung nicht gegeben ist, bergen DIY-Lösungen Risiken, die im Einzelfall nur schwer kalkulierbar sind.

Was raten Sie Ärztinnen und Ärzten, wenn sie Betroffene mit DIY-Closed-Loop-Systemen behandeln?

Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht-CE-zertifizierte Systeme nicht empfehlen. Auf der Grundlage der medizin-, straf- und zivilrechtlichen Vorgaben empfehle ich dringend die Orientierung am Rechtsgutachten, das im Auftrag der DDG erstellt wurde. Das Gutachten zeigt detailliert auf, welches Verhalten im Umgang mit DIY-Closed-Loop-Systemen erwartet wird.

RECHTSGUTACHTEN IM AUFTRAG DER DDG

Welche medizin-, straf- und zivilrechtlichen Vorgaben sind beim (ärztlichen) Umgang mit sogenannten „Loopern“ zu beachten?

Ärztinnen und Ärzte sollten von selbst gebauten Systemen abraten. Ärztinnen und Ärzte sollten nicht den Austausch zwischen Patienten und Loopern fördern. Ärztinnen und Ärzte sind nicht verpflichtet, ohne die Nachfrage einer Patientin oder eines Patienten über selbst gebaute, nicht-CE-zertifizierte geschlossene Systeme zu informieren bzw. diese gar als alternative Behandlungsmethode vorzustellen. Wenn Patienten nach selbst gebauten Systemen fragen oder selbst bereits eines benutzen, müssen Ärzte darüber aufklären, dass diese Anwendungen einen bestimmungswidrigen Gebrauch von Medizinprodukten darstellen. Sie sind verpflichtet, auf gesundheitliche Gefahren und Risiken hinzuweisen. Wenn Ärztinnen und Ärzte Patienten dazu aufklären, sollten sie das später unbedingt dokumentieren. Ärztinnen und Ärzte können die vom „selbstgebauten System“ ermittelten Daten und Blutzuckerwerte für die Therapieentscheidung einbeziehen, wenn sie der Auffassung sind, dass dies medizinisch-fachlich sinnvoll ist. Es besteht keine Anzeigepflicht für Ärztinnen und Ärzte, der von DIY-Closed-Loop-Systemen und Loopern wissen.

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Stellungnahmen/2018/Gutachten_D_B_Looper_%C3%BCberarbeitet_30.7.2018_.pdf

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTEN UND DIE CHANCEN DER DIGITALISIERUNG

MARTIN LITSCH

15 Jahre nach Verabschiedung der ersten gesetzlichen Grundlagen für den Aufbau der Telematikinfrastruktur in Deutschland ist die Bilanz ernüchternd: Bis heute wurden bereits mehr als zwei Milliarden Euro für die Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen ausgegeben. Aber der Nutzen für die Versicherten ist kaum erkennbar. Die interessanten medizinischen Anwendungen lassen nach wie vor auf sich warten und die elektronische Gesundheitskarte ist immer noch nicht „smart“.

Gleichzeitig hat sich die digitale Welt um uns herum in den letzten 15 Jahren rasant weiterentwickelt. Auch wer kein „Digital Native“ ist, nutzt heutzutage ganz selbstverständlich Smartphone und Tablet. Darauf haben viele Beteiligte im Gesundheitswesen inzwischen reagiert – auch die AOK. Mit der Vorstellung unserer Initiative zum Aufbau eines Digitalen Gesundheitsnetzwerks haben wir Bewegung in das Thema „Vernetzung im Gesundheitswesen“ gebracht. Das Digitale Gesundheitsnetzwerk ist eine Plattform zum Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Erkrankten, niedergelassenen ärztlichen Fachkräften, Kliniken und weiteren Beteiligten im Gesundheitswesen, die auch eine digitale Patientenakte für die AOK-Versicherten umfasst.

ERKRANKTE PERSON BEHÄLT DIE DATENHOHEIT

Mit zwei regionalen Piloten in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern ist das Digitale Gesundheitsnetzwerk bereits gestartet. Hier arbeiten wir unter anderem mit der drittgrößten privaten Klinikgruppe Sana Kliniken AG und mit Deutschlands größtem kommunalen Krankenhauskonzern Vivantes zusammen. Die ersten AOK-Versicherten profitieren also jetzt schon ganz konkret von der neuen Vernetzung: Sie können ihre von der Ärztin oder vom Arzt bereitgestellten Gesundheitsdaten über ein Portal jederzeit einsehen und anderen ärztlichen Fachkräften zur Verfügung stellen. Dabei haben sie die Datenhoheit und entscheiden selbst, welche ärztliche Fach-

kraft welche Informationen einsehen kann.

Die Sicherheit der sensiblen Patientendaten ist eine der wichtigsten Prämissen in diesem Projekt. Sie wird unter anderem durch eine dezentrale Speicherung der medizinischen Daten gewährleistet: Diese Daten bleiben beim jeweiligen Erfasser – also im Rechenzentrum des Krankenhauses oder auf dem Server der jeweiligen niedergelassenen ärztlichen Fachkraft, die an dem Vernetzungsprojekt teilnimmt. Im Gesundheitsnetzwerk wird nur ein Link gesetzt, über den andere ärztliche Fachkräfte auf die Befunde und Dokumente wie Röntgenbilder oder Entlassbriefe zugreifen können – vorausgesetzt, der Erkrankte gibt sein Einverständnis

für den Datenaustausch. Auch der Zugang des Erkrankten zu seiner digitalen Akte ist über eine Zweifaktorauthentifizierung besonders gesichert: Nur mit Benutzername, Passwort und einem zusätzlichen Faktor, beispielsweise einer mobilen SMS-TAN oder ihrem „Fingerabdruck“, können sie sich einloggen.

Anders als gewinnorientierte Unternehmen hat die AOK kein Interesse daran, Patientendaten zu sammeln und kommerziell zu verwerten. Sie bietet ihren Versicherten zwar die Plattform für den Austausch ihrer medizinischen Daten an, hat aber selbst keinen Zugriff auf die Daten und Dokumente, die die teilnehmenden ärztlichen Fachkräfte bereitstellen.

Die Erfahrungen, die wir in den beiden Pilotprojekten mit den beteiligten Partnern sammeln, fließen in die Weiterentwicklung unseres bundesweiten Gesundheitsnetzwerks ein. Im Laufe der nächsten Monate werden weitere Umsetzungsschritte für das Digitale Gesundheitsnetzwerk in den anderen Bundesländern folgen.

VON DIGITALER DATEN-VERNETZUNG PROFITIEREN ALLE

Doch warum engagiert sich die AOK überhaupt für die Vernetzung? Die Antwort ist ganz einfach: Weil wir davon überzeugt sind, dass sie sich positiv auf die Versorgung unserer Versicherten auswirken wird. Nicht nur die Erkrankten, sondern auch ihre behandelnden ärztlichen Fachkräfte können von der besseren Verfügbarkeit medizinischer Informationen profitieren – über Sektorengrenzen und medizinische Disziplinen hinweg. Unnötige Doppeluntersuchungen und Schnittstellenprobleme bei der Krankenhausentlassung werden vermieden. Durch einen digitalen Medikationsplan verbessert sich die Arzneimitteltherapiesicherheit. Und im Notfall können die Erkrankten auf Basis der gespeicherten Informatio-

nen schneller und gezielter behandelt werden. Das gilt gerade für Menschen mit Diabetes und Betroffene mit anderen chronischen Erkrankungen, die viele behandelnde ärztliche Fachkräfte und viele Arztkontakte haben. Versicherte mit Diabetes mellitus sind bei der Entwicklung unseres Gesundheitsnetzwerks daher auch besonders im Fokus.



DIGITALE BEHANDLUNGSTOOLS FÜR AN DIABETES ERKRANKTE

Das gilt aber nicht nur beim Thema Vernetzung: Etwa jeder achte AOK-Versicherte ist an Diabetes mellitus erkrankt. Daher hat die AOK als große Versorgerkasse schon vor mehr als 15 Jahren die Entwicklung der Disease-Management-Programme maßgeblich mitgestaltet und erfolgreich umgesetzt. Jetzt legt die AOK auch digital nach und informiert online über das Versichertenportal aok.de ausführlich über Anzeichen, Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten, das Leben mit der Erkrankung und die Angebote der AOK für Menschen mit Diabetes. Aktuell arbeiten wir zudem an der Entwicklung eines Online-Coaches für Menschen mit Diabetes. Diese Informations- und Serviceangebote der AOK sollen in Zukunft auch über das Digitale Gesundheitsnetzwerk erreichbar sein.

Als offene Plattform wollen wir das Netzwerk schrittweise allen Beteiligten zur Verfügung stellen. Es ist unser Beitrag zu einer besseren Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen – aber wir wollen keine neuen Barrieren aufbauen. Daher stimmen wir uns zu diesem Thema auch mit der Politik und mit unseren Wettbewerbern ab. Denn eines ist klar: Die verschiedenen Patientenakten, die es nach dem erklärten Willen der Politik ab 2021 für die Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen geben soll, müssen einheitlichen technischen Standards folgen. Sie sollten im Wettbewerb entwickelt werden, aber auf Basis einheitlicher Vorgaben. Beispielsweise muss der Versicherte auch bei einem Wechsel der Kasse seine zur Verfügung gestellten Daten mitnehmen können. Nur so kann es gelingen, alle Beteiligten sinnvoll miteinander zu vernetzen. Denn digitale „Insellösungen“, die nicht miteinander kommunizieren können, gibt es schon mehr als genug.

Der Autor ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

DIE DDG KOMMENTIERT:

Wir begrüßen die Aktivitäten der AOK und ihr Ziel, alle Beteiligten zu vernetzen. Dazu brauchen wir eine „offene Plattform“. Unsere Aufgabe sehen wir darin, dabei die medizinischen Standards zu definieren, also die Qualität der erhobenen Daten sicherzustellen. Daher arbeiten wir an der Implementierung einer sogenannten elektronischen Diabetesakte (eDA): einem interoperablen und einheitlich lesbaren Datenpool, auf den Patienten, ärztliche Fachkräfte und Forschende zugreifen und auch Daten einspeisen können. Die Datenhoheit bleibt dabei selbstverständlich in Patientenhand.

TELEMEDIZIN KANN DIE BEHANDLUNG DES DIABETISCHEN FUSSSYNDROMS VERBESSERN

RALF LOBMANN



Chronische Wunden verursachen bei Betroffenen mit Diabetes mellitus das diabetische Fußsyndrom (DFS). Wenn Diagnostik und Therapie strukturiert erfolgen, können diese Erkrankten aber erfolgreich behandelt werden. Traurige Realität in Deutschland sind allerdings etwa 50.000 Amputationen pro Jahr bei Menschen mit Diabetes. Durch entsprechende Versorgungsstrukturen wären diese zum Teil vermeidbar.

Jeder vierte Mensch mit Diabetes bekommt im Laufe seines Lebens ein diabetisches Fußsyndrom. In Deutschland entstehen jährlich circa 300.000 solche Fußläsionen, die meist in eine chronische Wunde übergehen.

Nur durch ein Sektoren und Fachdisziplinen überschreitendes interdisziplinäres Vorgehen können die Mobilität und die untere Extremität erhalten werden.

Dies zeigt sich eindrucksvoll in den Daten der durch die DDG zertifizierten Einrichtungen, in denen die Rate von Major-Amputationen mit 3,1 Prozent (2005–2012) signifikant niedriger als der Durchschnitt in nichtspezialisierten Institutionen (10–20 Prozent) ist.

Im internationalen Vergleich sieht man, dass der Zeitraum, in der eine chronische Wundsituation beim Erkrankten mit Diabetes in einer spezialisierten Wundbehandlungseinrichtung vorgestellt wird, immer noch zu lang ist. Wäh-

rend es in Deutschland zu Verzögerungen von Wochen bis Monaten kommt, sind die Regularien in anderen Ländern (beispielsweise in den Niederlanden) so gestaltet, dass Wunden ohne Heilungsdynamik nach spätestens fünf Wochen in dafür spezialisierten Zentren vorzustellen sind.

„In dem Pilotprojekt erhält die primär behandelnde hausärztliche Fachkraft aber die Möglichkeit, einen DFS-Sachverständigen kurzfristig telemedizinisch zu konsultieren. Damit ist die frühzeitige Erkennung von (Problem-)Erkrankten möglich.“

Damit erfolgt die Zuweisung in ein Wundzentrum dort deutlich früher und meist in einem niedrigeren Wagner-Armstrong-Stadium. Spezifische Maßnahmen für die Optimierung der peripheren Durchblutungssituation, die Infektionsbekämpfung und die strukturierte Wundbehandlung setzen somit früher ein und sind schlussendlich erfolgreicher.

STADT-LAND-GEFÄLLE

Beim DFS sind die Unterschiede der Versorgung zwischen ländlichem und städtischem Raum sehr auffallend. Gerade die aktuellen Strukturverträge greifen besonders gut in Ballungsräumen, führen allerdings in Flächenländern erwartungsgemäß eher zu Problemen beim Aufbau eines strukturierten Netzwerks. Gerade hier können definierte Prozessabläufe und Steuerung der Patientenströme in Verbindung mit innovativen Maßnahmen mittels IT-Lö-

sungen (beispielsweise telemedizinische Beratung oder Zweitmeinung vor OP/Amputation) zu einer Verbesserung der Versorgung auch in strukturell benachteiligten Regionen führen.

TELEMEDIZIN ALS LÖSUNG

Ein Lösungsansatz ist das von der AG Diabetischer Fuß und dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) entwickelte telemedizinisch basierte Facharztkonsil für den diabetischen Fuß. Aufbauend auf einem bereits etablierten telemedizinischen System (Pädexpert®) wurde ein strukturierter Fragenkatalog/Abfragealgorithmus erarbeitet. Ergänzend können Befunde (Fotos, Röntgen, MRT, DSA) eingefügt werden. Wichtig für eine erfolgreiche Umsetzung ist dabei auch, dass der Zeitaufwand, um den notwendigen Datensatz zu erstellen, angemessen bleibt.



In dem Pilotprojekt erhält die primär behandelnde hausärztliche Fachkraft aber die Möglichkeit, einen DFS-Sachkundigen kurzfristig telemedizinisch zu konsultieren. Damit ist die frühzeitige Erkennung von (Problem-)Erkrankten möglich. Das erleichtert und unterstützt hausärztliche Fachkraft bei Auswahl und Koordination der notwendigen diagnostischen Schritte und deren Bewertung (zum Beispiel DD des Charcot-Fußes zu Infektion und MRT-Interpretation). Und es ergeben sich weitere Maßnahmen zur Unterstützung bei der Auswahl der optimalen Entlastung, der Wundbehandlung, eventuell die Verbesserung der Durchblutung und nach Wundschluss die weitere Schuhversorgung und Podologie.

Ziel ist es, bereits zu Beginn der Erkrankung die Behandlungskompetenz zu erhöhen. Dadurch wird der gesamte Heilungsprozess abgekürzt die Folgen wie Amputationen und die Kosten reduziert.

Entscheidend für den Erfolg eines Systems der geteilten Versorgung und Verantwortung (shared care) sind eine erfolgreiche Kommunikation und eine konsequente Umsetzung von Prozessplänen.

Gemeinsames Ziel aller Beteiligten muss, bei optimaler Koordination der zur Verfügung stehenden Ressourcen, eine hohe Abheilungsrate sein. Dabei ist nicht die unkritische primäre Amputation gemeint. Weiterhin ist

auf einen ausreichend funktionalen (Rest-)Fuß und eine geringe Rezidivrate (Sekundärprävention; Einlagen- und Schuhversorgung) zu achten.

Ressourcen zu bündeln und einen wirtschaftlichen Nutzen der vorhandenen, aber auch limitierten Ressourcen zu gewährleisten ist Aufgabe der Entwicklung von flächendeckenden Konzepten. Gerade der diabetische Fuß als interdisziplinäres Problem eignet sich in besonderer Weise, um prozessuale Strukturen für die Versorgungsrealität zu etablieren.

Bei den Chancen, die sich ganz offensichtlich durch die neuen Technologien bieten, muss aber die Datensicherheit oberste Priorität haben. Klar ist auch, dass die telemedizinischen Möglichkeiten nur eine Unterstützung im Behandlungsprozess darstellen. In vielen Fällen wird es, durch die fachliche Unterstützung auch in peripheren Regionen, möglich sein, die Versorgungsqualität von Menschen mit einem diabetischen Fußsyndrom zu verbessern. Die persönliche Vorstellung und Untersuchung bei Fachkräften oder die Verweisung in eine geeignete stationäre Einrichtung werden dadurch nicht obsolet. Nicht zuletzt müssen neben der Vergütung für hausärztliche und Fachkräfte diese Behandlungspfade mit definiert werden.

Der Autor ist Mitglied im Präsidium der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Vorsitzender der DDG AG Diabetischer Fuß.

DIE DDG KOMMENTIERT:

Wir freuen uns sehr, dass dieses gemeinsame Projekt „Telemedizinisches Facharztkonsil“ von DDG, der AG Fuß der DDG und dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) so engagiert umgesetzt wurde, dass es demnächst Einzug in die Versorgung halten kann. Das Ziel ist es, flächendeckend die Prävention und Versorgung des diabetischen Fußes zu verbessern und die Amputationsrate zu senken. Es ist ein Pilotprojekt, dem weitere Projekte aus Bereichen der Diabetologie folgen werden.

DIGITALES DIABETES- PRÄVENTIONS- ZENTRUM

MIT BIG DATA DIE DIABETES-
FORSCHUNG REVOLUTIONIEREN

MARTIN HRABĚ DE ANGELIS

Die Digitalisierung ermöglicht Diabetesforschung in einer neuen Dimension. Mithilfe der intelligenten Auswertung großer vernetzter Daten lassen sich Subtypen der Stoffwechselerkrankung erkennen und geeignete personalisierte Präventionsmaßnahmen und Therapien entwickeln.

Typ-2-Diabetes ist nicht gleich Typ-2-Diabetes. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) konnten zeigen, dass es nicht „den“ Typ-2-Diabetes gibt, sondern dass unterschiedliche Subtypen existieren. Aktuelle skandinavische Studien sowie Multicenterstudien des DZD deuten darauf hin, dass wir es sowohl beim Typ-2-Prädiabetes als auch beim Typ-2-Diabetes mit komplexeren Subtypen zu tun haben als bisher angenommen. Aus den großen schwedischen Kohorten lassen sich fünf verschiedene Diabetesunterformen ableiten, die auch mit unterschiedlichen Outcomes korrelieren. Bei zwei Subtypen sind die Krankheits-

verläufe weniger schwer. Erkrankte der drei weiteren Subtypen sind mit Blick auf diabetische Folgeschäden als Hochrisikopersonen einzustufen. In Multicenterstudien konnte das DZD Subtypen mit einem hohen Risiko für Organkomplikationen identifizieren. Doch nicht die Schwere der Erkrankung variiert bei den Subtypen. Untersuchungen zeigen, dass die verschiedenen Untertypen des Prädiabetes und Diabetes auch unterschiedlich auf Lebensstiländerungen und Therapien ansprechen.

Nun gilt es, noch mehr solcher Untergruppen zu identifizieren sowie herauszufinden, wie Erkrankte mit dem betreffenden Subtyp behandelt

werden müssten. Je kleiner und ausdifferenzierter diese Untergruppen werden, desto individueller und erfolgversprechender wird die Prädiagnostik ausfallen. Maßnahmen der Prävention werden dadurch gezielter möglich und es ergeben sich neue Therapieoptionen.

BIG DATA BRAUCHT MODERNE DATENBANKTECHNOLOGIE

Doch um das leisten zu können, müssen großen Datenmengen vorhanden und vor allem für die Forschung zugänglich sein. Schon heute verfügt das DZD über einen umfangreichen Datenschatz. Er speist sich aus experimentellen Studien an präklinischen Modellen, klinischen Studien, nationalen und internationalen Kohorten, Biobanken, Geno- und Phänotypisierungen sowie neuen Erkenntnissen der Epigenetik. Doch mehr als jede einzelne Datenquelle erweitert die Vernetzung aller verfügbaren Informationen unser Wissen. Erst der Gesamtblick auf die Daten ermöglicht es, Muster und neue Zusammenhänge zu erkennen. Der Einsatz moderner Datenbanktechnologien ist hierbei wichtig. Deshalb bauen wir im DZD eine Graph-Datenbank namens DZD CONNECT auf: Sie soll die bereits vorhandenen Daten aus heterogenen Quellen miteinander verbinden und zugänglich, wiederverwertbar sowie übergreifend nutzbar machen.

Mit herkömmlichen Verfahren können diese Datenberge jedoch nicht mehr ausgewertet werden. Es bedarf nun des Einsatzes neuer Methoden aus dem Bereich Artificial Intelligence, um die Daten zu analysieren. Mit spezialisierten Algorithmen sollen stark vernetzte Datenregionen identifiziert und bislang nicht erkannte Zusammenhänge besonders auch im molekularen Bereich aufgedeckt werden.

REFERENZDATEN GESUNDER MENSCHEN BENÖTIGT

Diabetes ist eine komplexe Erkrankung. Bei der Entstehung der Stoffwechselerkrankung spielen nicht nur genetische und epigenetische Faktoren, sondern auch der Lebensstil und die Umwelt eine Rolle. Um die Entstehung der Krankheit zu verstehen und neue personalisierte Therapieansätze entwickeln zu können, benötigen wir auch Daten von gesunden Personen. Viele Menschen erfassen schon heute ihre eigenen Gesundheitsdaten etwa über Trackingarmbänder, Wearables oder Fitness-Apps. Bislang greifen vor allem große internationale IT- und Pharmafirmen auf selbst erhobene Gesundheitsdaten von Privatpersonen zu. Auch für die öffentliche Forschung ist es wichtig, Zugang zu solchen Datensätzen zu erhalten. Nur so kann man auf Augenhöhe mit der Industrie zusammenarbeiten.



„Doch mehr als jede
einzelne Datenquelle er-
weitert die Vernetzung aller
verfügbaren
Informationen
unser Wissen.“

Unsere Vision ist es, ein Digitales Diabetes Präventions-Zentrum (DDPC) aufzubauen, Pilotprojekte sind hierzu bereits angelaufen. Im DDPC sollen – unter Einbeziehung großer Bevölkerungsgruppen – mithilfe innovativer IT-Technologien in Gesundheits- und Forschungsdaten bislang verborgen gebliebene Gemeinsamkeiten und Zusammenhänge erkannt werden, um Subtypen des Diabetes zu identifizieren. Basierend darauf wollen wir neue Erkenntnisse und Hypothesen für eine personalisierte Prävention und Therapie generieren, die dann im Labor und in der Klinik validiert werden. Die Diabetes-Data-Institute sollen daher von den Klinischen Zentren des DZD sowie weiterer

klinischer Beteiligter flankiert werden, die auch „Proof of principle“-Studien durchführen. Unsere Idee ist es, dass Personen, die ihre persönlichen Gesundheitsdaten zur Verfügung stellen, auch direkt davon profitieren. Sie sollen ihre Daten wissenschaftlich fundiert und frei von kommerziellen Interessen mit einem besonderen Mehrwert zurückerhalten – einer speziell auf jeden Einzelnen zugeschnittenen personalisierten Prävention oder Behandlung.

Gemeinsam mit Patientenverbänden, Fachgesellschaften und der Politik müssen wir einen Weg finden, der den Zugang zu Daten auf sicherem und geschütztem Wege garantiert, ohne jedoch den medizinischen Fortschritt in einer digitalisierten Welt zu verhindern. Hierzu bietet der von der DDG entwickelte „Code of Conduct Digital Health“ eine gute Grundlage. Denn nur ein vertrauensvoller Austausch von Daten und Handlungsempfehlungen treibt einerseits die Forschung voran und kommt den betroffenen Menschen zugute.

Der Autor ist Vorstand des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), Direktor des Instituts für Experimentelle Genetik am Helmholtz Zentrum München und hat den Lehrstuhl für Experimentelle Genetik an der Technischen Universität München inne.

HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN

DIE VERSORGUNG VON DIABETESPATIENTEN IN DER HAUSARZTPRAXIS

ULRICH WEIGELDT

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen in der Versorgung und Betreuung von Diabetespatienten eine zentrale Stellung ein. Zuallererst natürlich hinsichtlich präventiver Maßnahmen. Dann aber auch – und das ist bei der hohen Dunkelziffer eine überaus wichtige Aufgabe – bei der Erkennung von Diabetes. Schließlich ist der Hausarzt aber auch in sehr vielen Fällen derjenige, der seine Patienten versorgt und unterstützt. Da er sie, aber auch ihre Familien, oftmals seit Jahren kennt, kann er dabei leichter mögliche Begleit- oder Folgeerkrankungen einschätzen.

Für Prävention, Diagnose und Versorgung von Diabetes braucht es insbesondere eines: ausreichend Zeit. Voraussetzungen für eine adäquate Behandlung sind etwa Gespräche über Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, über Möglichkeiten im Hinblick auf eine Insulintherapie oder über den Umgang mit ggf. auftretenden Nebenwirkungen oder der psychischen Belastung. Eine individu-

„Die sprechende Medizin ist deutlich unterbewertet und muss – genauso wie die hausärztliche Versorgung im Ganzen – dringend besser honoriert werden.“

elle Beratung und Beurteilung der Situation ist eben nicht mal nebenbei gemacht. Und das scheint häufig übersehen oder vergessen zu werden, wenn einmal wieder über „die Diabetiker“ gesprochen wird: Diabetes ist nicht gleich Diabetes und die Krankheit verläuft sehr individuell.

Die Wahrheit ist aber auch: Zeit ist in den Hausarztpraxen eine knappe Ressource. Der Bedarf an hausärztlicher Versorgung steigt, gerade auch durch den demografischen Wandel und vielerorts werden Nachfolgerinnen und Nachfolger händierend gesucht.

WENIGER BÜROKRATIE – MEHR ZEIT FÜR PATIENTEN

Um die Kolleginnen und Kollegen bei ihrer Arbeit bestmöglich zu entlasten und zu unterstützen, müssen dringend einige Punkte aufgearbeitet werden. Hinsichtlich des wachsenden Zeitbedarfs in den Hausarztpraxen muss der „Bürokratiewahnsinn“ massiv abgebaut werden. Es kann nicht sein, dass wegen jeder Verschreibung von

Heil- oder Hilfsmitteln ein regelrechter Papierkrieg mit den Krankenkassen stattfindet. Wir Ärztinnen und Ärzte verbringen im Durchschnitt rund 60 Tage im Jahr mit Bürokratie. Diese Zeit sollte besser für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten eingesetzt werden können.

Eine weitere wichtige Möglichkeit ist die Delegation nichtärztlicher Aufgaben an speziell weiterqualifizierte Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter wie beispielsweise das Modell der Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®). Hier werden Hausärzte bei nichtärztlichen Aufgaben unterstützt, indem beispielsweise Routinehausbesuche übernommen werden. Hierdurch können sie Zeit für die Behandlung ihrer Patienten in der Praxis gewinnen.

ZUHÖREN, VERSTEHEN UND SPRECHEN

Für diese intensive und individuelle Betreuung sowie die langen Gespräche sollten Ärztinnen und Ärzte aber auch angemessen vergütet werden. Die sprechende Medizin ist deutlich unterbewertet und muss – genauso wie die hausärztliche Versorgung im Ganzen – dringend besser honoriert werden. Insbesondere mit steigender Zahl älterer Menschen, die häufig nicht nur chronisch erkrankt, sondern auch multimorbid sind, wächst der Bedarf nach intensiveren Gesprächen mit Patienten und Angehörigen zu Diagnose und Behandlung. Nur wer seine Erkrankung versteht, kann aktiv und selbstbestimmt an der Behandlung mitzuwirken. Hier hat der Gesetzgeber zwar bereits Handlungsbedarf gesehen und dies auch im Koalitionsvertrag festgeschrieben, passiert ist bisher allerdings noch nichts.

Ein weiteres, aktuell häufig diskutiertes Thema, ist die Digitalisierung. Das Digitalisieren von Prozessen in den Praxen, könnte uns Ärztinnen und Ärzte spürbar entlasten. Voraussetzung hierfür sind aber praxisnahe Projekte, die auch im Praxisalltag kompatibel sind. Irgendwelche Apps und Software, die fernab der Praxis und der Patienten entwickelt wurden, und mit denen diese daher nichts anfangen können, sind schlichtweg nutzlos.

Apropos Digitalisierung. Auch bei der Behandlung von Diabetespatienten könnte diese unterstützen. Ein we-

sentlicher Faktor ist nämlich die schnelle und direkte Absprache der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und anderer in den Heilberufen tätiger Personen. So müssen wir Hausärzte uns beispielsweise eng mit den Diabetologen abstimmen. Dies könnte durch geeignete, kompatible Digitallösungen deutlich beschleunigt und vereinfacht werden.

HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG VON DIABETESPATIENTEN

Eine enge Zusammenarbeit und gute Koordination der Patienten kann – gerade auch bei Menschen mit Diabetes – schließlich das Fortschreiten dieser Erkrankung verlangsamen und vermeidbare Risiken minimieren. Dies zeigen auch die Ergebnisse in den Evaluationen unserer Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

in Baden-Württemberg. Bei diesem modernen Versorgungsmodell entscheiden sich die Patientinnen und Patienten dafür, bei allen Fragen zur Gesundheit zuerst ihren Hausarzt aufzusuchen.

Dieser versorgt seine Patienten und überweist sie, wenn notwendig, an weitere Fachärzte und Krankenhäuser. In den jüngsten Evaluationsergebnissen der Universitäten Frankfurt am Main und Heidelberg aus dem Herbst 2018 zeigen Modellrechnungen, dass Diabetespatienten in sechs Jahren vor ca. 4.000 schweren Komplikationen wie Amputationen oder Schlaganfällen bewahrt werden konnten.¹ Wesentlich hierfür waren die gute

Blutzuckereinstellung sowie die strukturiertere

hausärztliche Betreuung von Begleiterkrankungen, wie Bluthochdruck oder Durchblutungsstörungen. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass die Teilnahme der Hausärzte an den DMP und die Einschreibung hierfür geeigneter Patientinnen und Patienten ein zentraler Bestandteil des HZV-Vertrages ist.

Der Autor ist seit 2007 Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbands e.V. Mit etwa 30.000 Mitgliedern ist dieser der größte Berufsverband niedergelassener Ärzte in Deutschland und Europa. Er tritt für die Stärkung und den Erhalt einer hochwertigen und flächendeckenden hausärztlichen Versorgung ein.

Literatur:

1 www.neueversorgung.de

EHRUNGEN UND PREISE 2018

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



Paul-Langerhans-Medaille
Professor Dr. med. Jens Claus Brüning, Köln

Die höchste Auszeichnung der DDG, die Paul-Langerhans-Medaille, erhält Professor Dr. med. Jens Claus Brüning. Der Endokrinologe und Genetiker ist seit 2011 Direktor des Max-Planck-Instituts für Stoffwechselforschung in Köln und Leiter der Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin (ZEDP) der Universitätskliniken Köln. Seine Forschung fokussiert auf die (neuronale) Regulation des Energie- und Glukosestoffwechsels in Verbindung mit altersassoziierten (darunter Typ-2-Diabetes) und neurodegenerativen Erkrankungen (wie Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson).



Hellmut-Otto-Medaille
Professor Dr. med. Reinhard Holl, Ulm

Die Hellmut-Otto-Medaille erhält Professor Dr. med. Reinhard Holl. Damit ehrt die DDG seine Verdienste in den Ausschüssen der DDG und sein außerordentliches Engagement für die epidemiologische Forschung zum Typ-1-Diabetes. Er ist unter anderem Koordinator und Mitautor der Leitlinie „Diabetes und Straßenverkehr“ der DDG. Seit 2000 ist Reinhard Holl Leiter der Stabsstelle Unterricht am Zentralinstitut für Biomedizinische Technik, Ulm und Leiter der Forschergruppe Computerunterstütztes Qualitätsmonitoring in der Medizin (DPV- und APV-Projektgruppe) am Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie der Universität Ulm.



Gerhardt-Katsch-Medaille
Dr. rer. med. Susanne Milek, Hohenmölsen

Dr. rer. med. Susanne Milek, Gesundheits- und Medizinwissenschaftlerin, wird mit der Gerhardt-Katsch-Medaille der DDG geehrt. Damit würdigt die DDG vor allem ihr langjähriges Engagement für den Kinder-Diabetes-Schulungs-Kurs (KiDS-Kurs). Dieses Behandlungs- und Schulungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 besteht seit 26 Jahren. Susanne Milek arbeitet als Supervisorin und Coach für Organisations- und Personalentwicklung in medizinischen Einrichtungen und Schulen. Sie ist zudem Dozentin an der Christlichen Akademie für Gesundheitsberufe in Halle/Saale. Seit 2008 ist sie Mitglied des Ausschusses für Qualitätssicherheit, Schulung und Weiterbildung der DDG (QSW).



Werner-Creutzfeldt-Preis
Professor Dr. med. Anette-Gabriele Ziegler, München

Für ihre wegweisenden Untersuchungen zur Autoimmun-Pathogenese und zu neuen Methoden der Prävention des Typ-1-Diabetes ehrt die DDG Professor Dr. med. Anette-Gabriele Ziegler mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis. Seit 2010 ist sie Direktorin des Instituts für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München, Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, darüber hinaus seit 2011 W3-Professorin am Lehrstuhl für Diabetes und Gestationsdiabetes, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen Pathogenese und Prävention des Typ-1-Diabetes sowie Prävention, Folgeerkrankungen und Komplikationen des Gestationsdiabetes.



Ferdinand-Bertram-Preis
Priv.-Doz. Dr. med. univ. Ph. D. Julia Szendrödi, Düsseldorf

Die DDG zeichnet die Privatdozentin Dr. med. univ. Ph. D. Julia Szendrödi, Leiterin des Klinischen Studienzentrums am Institut für klinische Diabetologie des Deutschen Diabetes Zentrums in Düsseldorf, mit dem Ferdinand-Bertram-Preis aus. Sie erhält diesen Preis für ihre klinisch-experimentellen Arbeiten zur „Lipid-induzierten Insulinresistenz und der Rolle der Mitochondrienfunktion in Skelettmuskel und Leber bei Diabetes mellitus Typ 2“. Von 2008 bis 2013 war Julia Szendrödi stellvertretende Leiterin der Arbeitsgruppe Energiestoffwechsel am Institut für klinische Diabetologie des Deutschen Diabetes Zentrums in Düsseldorf. Seit September 2013 leitet sie das dortige Klinische Studienzentrum.



Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis
Professor Dr. med. Beate Maria Karges, Aachen

Die DDG zeichnet Professor Dr. med. Beate Maria Karges für ihre Publikationen auf dem Gebiet des Typ-1-Diabetes mit dem Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis aus. Seit 2010 ist sie als Wissenschaftlerin in der Sektion Endokrinologie und Diabetologie der RWTH Aachen tätig. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Therapie des Typ-1-Diabetes, insbesondere die Assoziationen von Diabetestechnologie (Insulinpumpentherapie) und Akutkomplikationen. Seit 2009 ist Beate Karges zugleich Oberärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Bethlehem-Krankenhaus in Stolberg.



Silvia-King-Preis
Lena Mumme, Göttingen

Den Silvia-King-Preis der DDG erhält Lena Mumme aus Göttingen. Sie absolviert aktuell im Rahmen des common Trunks ihre intensivmedizinische Rotation an der Universitätsmedizin Göttingen. Die Preisträgerin erhält den von der Familie King gestifteten Förderpreis für ihre Arbeiten zu „Defects in a-Cell Function in Patients With Diabetes Due to Chronic Pancreatitis Compared With Patients With Type 2 Diabetes and Healthy Individuals“. Im Juli 2017 publizierte Lena Mumme ihre Dissertationsschrift zum Thema „Defects in a-Cell Function in Patients With Diabetes Due to Chronic Pancreatitis Compared With Patients With Type 2 Diabetes and Healthy Individuals“ in der Fachzeitschrift Diabetes Care.





Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Dr. phil. Dominic Ehrmann, Bad Mergentheim

Die DDG zeichnet insgesamt drei Personen mit dem Förderpreis der DDG aus: Dr. Dominic Ehrmann erhält ihn für seine hervorragende Dissertation zum Thema „Verhaltensmedizinische Aspekte bei Diabetes mellitus“. Seit 2010 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM). Seine Forschungsschwerpunkte sind Assoziationen zwischen Depression und Diabetes, emotionale Auswirkungen des Diabetes und diabetesbezogene Belastungen, die Entwicklung von Fragebögen zur Erfassung von Patient Reported Outcomes sowie die Entwicklung und Evaluation von psychoedukativen Interventionen.



Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Dr. rer. nat. Mandy Stadion, Potsdam-Rehbrücke

Für ihre hervorragende Promotionsschrift zur „Validation and Characterization of Ifi202b and Zfp69, two Novel Disease Genes in Obesity-Associated Insulin Resistance“ wird Mandy Stadion mit dem Förderpreis der DDG ausgezeichnet. Sie ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Experimentelle Diabetologie am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (Dife) tätig. Von April 2012 bis August 2017 promovierte sie dort unter der Betreuung von Professor Dr. rer. nat. Annette Schürmann. Seit April 2017 ist die Nachwuchsforscherin auch wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung.



Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Dr. med. Susanna Erna Margarete Pfeiffer, Berlin

Dr. med. Susanna Erna Margarete Pfeiffer aus Berlin erhält den Förderpreis der DDG für ihre herausragende Dissertationsschrift „Hypoxia-inducible factor 3A gene expression and methylation in adipose tissue is related to adipose tissue dysfunction“. Parallel zu ihrer Promotion war die Medizinerin außerdem an einem Projekt am Helmholtz Zentrum für Umweltforschung in Leipzig involviert, das Weichmacher in humanem Fettgewebe mittels GC/MS quantifiziert (noch nicht publiziert). Seit September 2015 ist Pfeiffer Assistenzärztin an der Klinik für Pädiatrische Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Empfänger Allgemeine Projektförderung 2018: **Dr. biol. hum. Barbara Bohn** • Verwendung von Systemen zum kontinuierlichen Glukosemonitoring (CGM) in der Routineversorgung von Menschen mit Diabetes • 12.500 € | **Dennis Brüning** • Simultane kinetische Darstellung von Insulingranula und Aktin-Zytoskelett im Submembranraum von pankreatischen Beta-Zellen • 10.000 € | **Marc Marcus Dannehl** • Regulation inflammatorischer Signalwege durch miRNA-146a-5p in retinalen Gliazellen • 7.500 € | **Dr. rer. nat. Ulf Diekmann** • CRISPR/Cas9 vermittelte homologe Rekombination in humanen Stammzellen zur Analyse des Oberflächenproteoms von stammzellabgeleiteten Beta-Zellen • 7.500 € | **Prof. Dr. rer. nat. Martina Düfer** • Beeinträchtigung sekretionsfördernder Effekte der Gallensäuren auf beta-Zellen des Pankreas durch Statine • 10.000 € | **Eike-Henrik Fröh** • Gibt es eine autonome Regulation der Glucagonsekretion durch Nährstoffstimuli? • 12.500 € | **Julian Gebauer** • Die Rolle der Integrine in der differentiellen Sensitivität von mesenchymal stromalen Zellen und retinalen Perizyten gegenüber Glukose-modifizierter extrazellulärer Matrix • 10.000 € | **PD Dr. oec. troph. Sandra Hummel** • Serum-Prolaktin und Prolaktinrezeptor-Genpolymorphismen bei Frauen mit Gestationsdiabetes und deren Bedeutung für den Stillerefolg und das postpartale Typ 2 Diabetes Risiko • 7.500 € | **Yanislava Karusheva** • The impact of branched-chain amino acid reduced intake on glucose and energy metabolism, and insulin secretion • 10.000 € | **Dr. rer. nat. Maria Keller** • Die funktionelle Rolle des Sarco-span Genes (SSPN) in der Differenzierung und Proliferation humaner Adipozyten • 10.000 € | **Dr. med. Caroline Ketterer** • Pupillographie als Screeningtool für Cerebrale Insulinresistenz • 7.500 € | **Dr. rer. nat. Birgit Knebel** • Extrazelluläre miRNA als Indikatoren der Lipidakkumulation-assoziierten veränderten hepatischen Physiologie in Maus-Modellen der nicht alkoholischen Fettleber (NAFLD) • 7.500 € | **Katharina Kohl** • Hyperglykämische Sensitivierung als Mechanismus ribosomaler Translationshemmung in retinalen Zelltypen • 7.500 € | **Matthias Kolibabka** • H3K4 Dimethylierung durch KMT2E als Ursache des Hyperglycemic Memory der Retina • 15.000 € | **Dr. med. Knut Mai** • Individuelle Unterschiede der Makronutrienten-spezifischen Hormonantwort von GLP-1, GIP und Ghrelin: Bedeutung einer Gewichtsreduktion • 7.500 € | **Dr. rer. medic. Olga Pivovarova** • Mechanisms of the liver fat reduction by the modulation of dietary protein intake in humans • 12.500 € |



Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung
Prof. Dr. med. Dr. h. c. Michael Albrecht Nauck, Bochum

Für sein Forschungsprojekt „Aufklärung der Ursache eines verminderten Inkretineffekts bei Typ-2-Diabetes“ vergibt die DDG die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung 2018 an Professor Dr. med. Michael Albrecht Nauck. Seine Arbeitsgruppe wird die Fördermittel verwenden, um den Inkretineffekt vor und nach Pankreasteilresektion zu quantifizieren sowie zur Quantifizierung der Expression von Rezeptoren für GIP und GLP-1 in mikro-dissezierten Inseln von Patienten mit Typ-2-Diabetes und nicht-diabetischen Kontrollen. Seit 2015 ist er Leiter der klinischen Forschung der Abteilung Diabetologie am Universitätsklinikum St. Josef-Hospital/Klinikum der Ruhr-Universität Bochum.



Hellmut-Mehnert-Projektförderung
Prof. Dr. med. Andreas L. Birkenfeld, Dresden

Mit der Hellmut-Mehnert-Projektförderung zeichnet die DDG Professor Birkenfeld für sein Projekt „Wirkung des Atrialen Natriurtischen Peptids auf die hepatische Insulinsensitivität“ aus. 2014 trat er die Professur für Metabolisch Vaskuläre Medizin in der Medizinischen Klinik III am Universitätsklinikum Dresden an und ist Mitglied des Paul Langerhans Instituts Dresden des Helmholtz Zentrums München an der TU Dresden. Birkenfeld und seine Arbeitsgruppe betreiben translationale Forschung zu dem Thema Mechanismen der Insulinresistenz und deren Therapie. Er ist zudem Vorsitzender der AG Diabetes und Herz der DDG.



Menarini-Projektförderung
Dr. med. Sabine Kahl, Düsseldorf

Für ihr Projekt zum Thema „Entwicklung eines Metaboliten-basierten Screening-Scores für die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung“ zeichnet die DDG Dr. med. Sabine Kahl, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für klinische Diabetologie des Deutschen Diabetes Zentrums (DDZ) in Düsseldorf, mit der Menarini-Projektförderung aus. 2011 trat sie ihre Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für klinische Diabetologie des DDZ in Düsseldorf an. Von April 2013 bis April 2017 war sie darüber hinaus in Teilzeit als Assistenzärztin an der Klinik für Endokrinologie der Universitätsklinik Düsseldorf tätig.

Ausführliche Informationen zu den Preisträgern und Hinweise auf die Sponsoren unter:

 www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/forschung/ddg-forschungspreise/liste-der-preistraeger.html

Prof. Dr. rer. nat. Stephan Scherneck • Charakterisierung von Sekretionskinetik und Genexpression isolierter Inseln von weiblichen NZO-Mäusen • 7.500 € | **Dr. rer. nat. Rita Schüler** • Gezielte Stoffwechselsteuerung durch „schnelle“ und „langsame“ Proteine bei Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus • 15.000 € | **Heike Vogel** • Impact of miR-31 on adipocyte insulin resistance • 12.500 € | **Dr. med. Simone von Sengbusch** • Einfluss von Telemedizin auf die Arzt-Patienten-Beziehung in der Kinderdiabetologie am Beispiel der telemedizinischen Beratung bei der Anwendung von CGM-Systemen • 8.000 € (Deutsche Diabetes Stiftung) | **Dr. rer. nat. Mandy Witzke** • Protektive Signalmechanismen zur Verhinderung einer nicht-alkoholischen Steatohepatitis in conplatischen Mäusen mit einer mitochondrial-kodierten mtND2-Mutation des Atmungskettenkomplexes I • 7.500 € | **Dr. rer. nat. Ilka Wilhelmi** • The impact of intracellular protein sorting and recycling on insulin granule formation and function • 12.500 € | **Dr. rer. nat. Diana Maria Willmes** • Die Rolle des neuronalen lndy (I'm Not Dead Yet) Gens in der Energie- und Glukosehomöostase • 7.500 €

ZUSATZWEITER- BILDUNG DIABETOLOGIE ORIENTIERT SICH AM „DIABETOLOGEN DDG“

NEUE MUSTERWEITERBILDUNGSORDNUNG HILFT,
PATIENTENVERSORGUNG ZU VERBESSERN

BAPTIST GALLWITZ

Beim Deutschen Ärztetag wurde im Mai 2018 die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer verabschiedet. Diese sieht neue Zusatzqualifikationen vor, die vom Facharzniveau aus erreicht werden können. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hatte sich sehr für die Einrichtung einer solchen Zusatzweiterbildung (ZWB) stark gemacht, da zum einen der „Diabetologe DDG“ durch die Ärztekammern nicht als Zusatzqualifikation anerkannt ist, und zum anderen die bestehenden landesärztekammerspezifischen Qualifikationen sehr unterschiedlich sind.

Mit der Weiterbildung „Diabetologe DDG“ bietet die DDG seit Langem eine fundierte und umfangreiche zweijährige Zusatzqualifizierung an. Im Interesse der Erkrankten und letztlich auch des Behandelnden sind die Anforderungen hoch. Daher war es für die DDG wichtig, bei der Bundesärztekammer einen detaillierten Zusatzqualifikationsentwurf in die MWBO einzubringen, der sich am „Diabetologen DDG“ orientiert. Zudem sollten die „Türen offengehalten“ werden, damit auch allgemeinmedizinische Fachkräfte, Pädiaterinnen und Pädiater sowie Endokrinologinnen und Endokrinologen diese Zusatzqualifikation von ihrem jeweiligen Fach aus erreichen können und nicht nur ärztliche Fachkräfte für Innere Medizin. Die entsprechenden Fachgesellschaften und Berufsverbände* haben gemeinsam mit der Bundesärztekammer ein Fortbildungskurrikulum abgestimmt, das alle Inhalte des „Diabetologen DDG“ aufgenommen hat. Ein großer Erfolg für uns, auf den wir stolz sein dürfen!

BLAUPAUSE DIABETOLOGE DDG

Das ist ein wichtiger Schritt, der nicht nur die Versorgung der Erkrankten langfristig verbessern wird, sondern auch das Fach „zukunftssicherer“ macht. Als Weiterbildungszeit sind zwölf Monate wie bei den anderen verabschiedeten ZWB vorgeschrieben, wobei die Weiterbildungszeit ausschließlich zusätzlich zur vorherigen Facharztquali-

fikation anrechenbar ist. Die für die Weiterbildung vorgeschriebenen Kenntnisse und Kompetenzen können stationär und ambulant erworben werden. Insgesamt werden in der neuen MWBO die Schwerpunkte viel mehr auf den Erwerb von Kenntnissen und erreichten Kompetenzen ausgerichtet als auf das Absolvieren von Mindestausbildungszeiten und Mindestfallzahlen wie bisher. Hierdurch ist besonders an den Schnittstellen der Versorgung eine Verbesserung zu erwarten, da für die verschiedenen oben genannten Facharzt Disziplinen nun eine gemeinsame Zusatzqualifikation möglich ist. Erkrankte können damit über die Sektorengrenzen hinweg abgestimmter behandelt und betreut werden. Auch für die Aus- und Weiterbildung können sich so lokale Netzwerke mit unterschiedlichen ambulanten und stationären Schwerpunkten gut vernetzen, da keine konkrete Trennung in ambulante oder stationäre Weiterbildungspflichten in der neuen ZWB verankert sind.

ZIEL: EINHEITLICHE UMSETZUNG IN DEN LÄNDERN

Die neue MWBO ist jetzt nach der Verabschiedung durch die Bundesärztekammer in einer Konsentierungs- und Umsetzungsphase der Landesärztekammern, die voraussichtlich bis Ende 2019/Anfang 2020 andauern wird. Auf dem Strategietag der Regionalgesellschaften und der Arbeitsgemeinschaften der DDG im Herbst 2018 wurden Strategie und Umsetzungsschritte diskutiert und festgelegt, wie die DDG an die Landesärztekammern herantreten wird, um sich für eine möglichst einheitliche Umsetzung der MWBO stark zu machen.

Die Regionalgesellschaften der DDG werden gemeinsam mit den Berufsverbänden auf die Landesärztekammern zugehen und nicht nur den Weiterbildungs- und Versorgungsbedarf ermitteln, sondern auch konkret die Weiterbildungseinrichtungen und Weiterbilder festlegen. Ein praktischer Logbuchentwurf für die Umsetzung der Zusatzweiterbildung wurde zwischen DDG, BVND und AGPD bereits konsentiert. Die DDG wird die Aktivitäten der Regionalgesellschaften koordinieren und unterstützen. Ziel

ist, dass der neue „LÄK-Diabetologe“ inhaltlich so nah wie möglich am bisherigen „Diabetologen DDG“ bleibt. Bei einer viel homogeneren Anforderung an die ZWB in den einzelnen Ländern als bislang muss auch auf eine bessere gegenseitige Anerkennung über LÄK-Grenzen hinweg geachtet werden. Für die Übergangszeit zwischen der alten MWBO und der neuen MWBO sowie der möglichen Anerkennung des „Diabetologen DDG“ muss zudem eine Regelung geschaffen werden.

DER NEUE DIABETOLOGE DDG FOKUSSIERT AUF EINZELMODULE

Welche Weiterentwicklungsmöglichkeiten ergeben sich über die ZWB Diabetologe der Ärztekammern hinaus? Und wie wird sich der „Diabetologe DDG“ entwickeln? Modulare Angebote werden derzeit entwickelt, deren Module (beispielsweise diabetisches Fußsyndrom, Gestationsdiabetes, Pumpentherapie und neue Technologien etc.) dann zusätzlich erworben werden können. Diese besonderen Qualifikationsmerkmale und Schwerpunkte sind attraktiv und differenzieren das ärztliche Profil. Für Erkrankte ermöglicht das zudem mehr Orientierung und Transparenz. Auch das wird in Zukunft helfen, die Versorgung zu verbessern.



„Ziel ist, dass der neue ‚LÄK-Diabetologe‘ inhaltlich so nah wie möglich am bisherigen ‚Diabetologen DDG‘ bleibt.“

Wichtig ist jetzt, die bisherigen Weiterbilder mit ihren Weiterbildungsstätten auf dem Weg der Umsetzung der neuen MWBO mitzunehmen. Mit den beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Landesärztekammern werden wir einen engen und konstruktiven Austausch zur praktischen Umsetzung führen. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit der Regionalgesellschaften und der DDG Ausschüsse „Diabetologe DDG“ und des „QSW“ (Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung) sehr wichtig. Wir alle haben es in der Hand, so die Weiterbildung und Versorgung zu verbessern.

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

NEUES AUS DER DIABETESWELT



#sugarwatch 2018 Der Kongress tanzt: neues Angebot für Schüler

Unter Hip-Hop-Klängen tanzten Jugendliche im Foyer des CityCubes Berlin beim Diabetes Kongress 2018. Junge Menschen an das Thema Diabetes heranzuführen, über Risiken und Prävention sprechen sowie Berufe rund um die Diabetesbehandlung vorstellen – das war das Ziel von #sugarwatch, einer Aufklärungsaktion für Jugendliche von DDG und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Matthias Steiner und der Youtube-Influencer Tomatolix waren als prominente Unterstützer dabei. Sie bereicherten diesen ersten Schülertag, der unter der Schirmherrschaft des Regierenden Bürgermeisters von Berlin, Michael Müller, stand.

Moderator Matthias Steiner, der erfolgreiche Profisportler, ist Typ-1-Diabetestyp. Er begrüßte auf der Bühne Tomatolix und sprach über dessen Selbstversuch „7 Tage zuckerfrei“.

Dass „gesundes Essen“ schmeckt, konnten die Jugendlichen dann gleich selbst erfahren: Grüne Smoothies, Vollkornschnitzchen und Wasser wurden gereicht. Infostände, Quiz- und Gewinnspielfragen rundeten das Programm ab.



Ernährung bei Diabetes Kultursensible Beratung für Migranten

Ernährungsberatung ist ein wichtiger Teil der Diabetestherapie. Kulturelle Wurzeln prägen das Essverhalten von Menschen. Um an Diabetes Erkrankte zu schulen, die aus einem anderen Sprach- und Kulturraum stammen, braucht es kultursensibel angepasste Materialien. Auf Initiative der DDG AG Diabetes und Migranten entsteht derzeit in Zusammenarbeit mit dem Bundeszentrum für Ernährung (BZfE), der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und dem Verband der Diätassistenten – deutscher Bundesverband (VDD) ein Medienpaket „Ernährungstherapie bei Diabetes mellitus“. Das bilinguale Medienpaket hilft Ernährungsfachkräften in der Beratung von Menschen mit nichtinsulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 sowie Prädiabetes. Ziel ist es, das Ernährungsverhalten zu ändern und die Gesundheit zu fördern.

Das bereits bestehende Paket (mit Leitfaden, Schaubildern und Fotokarten) wird zunächst für den türkischsprachigen Kulturkreis in Teilen neu gestaltet oder angepasst. Es wird voraussichtlich im Herbst 2019 vorliegen.

Weitere Informationen unter:
migration.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns.html



AMNOG und IQWiG Neue Indikatoren für frühe Nutzenbewertung

Ergebnisse neuer Diabetesmedikamente in kardiovaskulären Endpunktstudien haben teils positive Effekte gezeigt. Die Folge: eine positive Nutzenbewertung seitens IQWiG und G-BA.

Die DDG diskutiert dennoch gemeinsam mit G-BA, IQWiG und der AKdÄ, wie relevante Indikatoren für Mortalität, Morbidität, Symptome beziehungsweise Nebenwirkungen und krankheitsbezogene Gesundheitslast noch besser, transparenter und valider in klinischen Studien erfasst, beurteilt und bewertet werden können. Zentral ist dabei, die Patientenperspektive (PROs) zu berücksichtigen.

In diesem Prozess sind weitere wissenschaftliche Fachgesellschaften zum Beispiel beim Thema Nephropathie, Retinopathie sowie PROs eingebunden. Eine Kernfrage ist auch, wie individualisierte Patientenziele, die in Leitlinien und klinischen Empfehlungen propagiert werden, messbar berücksichtigt werden könnten.



Diabetestechnologie Algorithmenbasierte Medizinprodukte

Moderne Diabetestechnologie ermöglicht die Entwicklung von Medizinprodukten, die algorithmenbasiert Medikamente abgeben, wie zum Beispiel Insulin. Solche Algorithmen müssten überprüfbar sein: Tut das System auch das, was es verspricht?

Die DDG ist daher zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT) in einem konstruktiven Dialog mit dem G-BA und dem BfArM. Dabei ist wichtig, dass eine zulassungsnahe ergänzende Kontrolle oder Überprüfung den Innovationsschub nicht behindert.

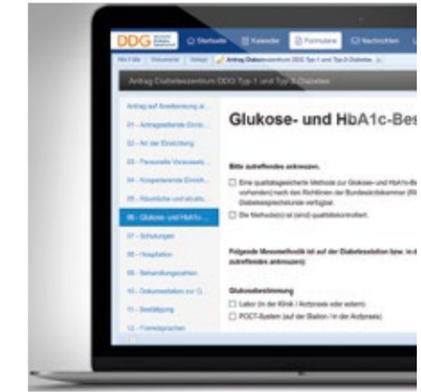
Ein Lösungsweg wäre, bestimmte Produkte und Erfahrungen in der Versorgung zeitnah zur beziehungsweise nach der Zulassung in einem Register zu erfassen und zu evaluieren. Zurzeit werden unter der Federführung von Dr. Matthias Kaltheuner und Professor Lutz Heinemann Kriterien und Indikatoren für ein solches Register gesammelt. Dieses wird dann gemeinsam mit dem BfArM weiterentwickelt. Ziel ist es, solche Register verbindlich zu machen.



Gesucht und gefördert AG Nachwuchs in Klinik und Forschung

Die AG Nachwuchs in Klinik und Forschung der DDG will die Lehre und die Karrieremöglichkeiten in der Diabetologie verbessern. Mit bewährten Konzepten und neuen Ideen arbeitet die AG dafür, interessierte in der Medizin und den Naturwissenschaften Tätige für die Diabetologie (Praxis, Klinik und Forschung) zu gewinnen. Ein wesentlicher Baustein sind die Reisestipendien der DDG. 2018 haben dadurch über 200 „Nachwuchskräfte“ die Chance genutzt, das Fach im Kongressumfeld kennenzulernen. Zum ersten Mal hat die AG Nachwuchs ein Symposium auf dem Diabetes Kongress geplant und organisiert. Professor Anette Schürmann und Professor Jochen Seufert haben zudem das erfolgreiche Stipendiatenprogramm umgesetzt. Auf regionaler Ebene sind von den neuen AG-Sprechern Professor Thomas Laeger und Jonas Kortemeier ab 2019 „Nachwuchstage“ geplant, die Studierende der Medizin und der Naturwissenschaften mit diabetologischen Themen und Berufsperspektiven bekannt machen sollen.

Weitere Informationen unter:
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/ueber-uns/arbeitsgemeinschaften/ag-nachwuchs-in-klinik-und-forschung.html



Zertifizierungen digital Antragsprozess einfach und schnell

Die DDG stellt im Mai 2019 für ihre Zertifizierungen eine webbasierte Lösung zur Verfügung. Das Portal samedi bietet mit dem digitalen Formularwesen die entsprechende Plattform, über die der gesamte Prozess digital erfolgt. Alle Einrichtungen profitieren von der intuitiv bedienbaren Oberfläche. Keine Formulare mehr per E-Mail, Fax oder Post. Bei der Rezertifizierung können Daten übertragen werden. Die Vorteile liegen auf der Hand: Bearbeitungszeiten werden kürzer und die Anerkennung kann rascher erfolgen.

Datenschutz wird großgeschrieben bei samedi: Die vertraulichen Dokumente werden durch eine Verschlüsselungsarchitektur geschützt. Die Antragsteller erhalten ein eigenes samedi-Benutzerkonto. Auch die Rechnung wird direkt aus dem System generiert und an den Antragstellenden übermittelt. Die Auszeichnung wird anschließend digital über das Zertifizierungsportal der DDG unter Nutzung des samedi-Onlineservice zur Verfügung gestellt.

Weitere Informationen:
Monique Schugardt
E-Mail: ddg-zertifizierung@ddg.info

10 JAHRE ENGAGEMENT FÜR MENSCHEN MIT DIABETES

NICOLE MATTIG-FABIAN

Im Oktober 2018 feierte die gemeinnützige Organisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe im Rahmen der 8. Diabetes-Charity-Gala ihr zehnjähriges Bestehen. Zeit für einen Rückblick und einen Ausblick. Die Organisation hat über die Jahre eindrucksvoll bewiesen, dass sie einen sehr langen Atem hat, wenn es darum geht, im Interesse der Menschen mit Diabetes beharrlich die fehlenden politischen Maßnahmen zur Eindämmung weiter steigender Diabeteserkrankungen anzumahnen und eine bestmögliche Versorgung zu fordern. diabetesDE setzt auch weiterhin alles daran, die Interessen und Forderungen der Patientinnen und Patienten in die Öffentlichkeit zu tragen.

PUBLIC AFFAIRS UND PUBLIC RELATIONS

Gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) fordert diabetesDE seit Jahren einen Nationalen Diabetesplan. Nun steht eine Nationale Diabetesstrategie im Koalitionsvertrag, aber von der Umsetzung fehlt noch jede Spur. Im Interesse der Menschen mit Diabetes sucht diabetesDE daher immer wieder den direkten Dialog mit Bundespolitikerinnen und -politikern in Berlin. „Public Affairs“, auf deutsch Politikkontaktarbeit, ist eine der Kernaufgaben der Organisation, um politische Entscheidungsprozesse strategisch im Sinne der an Diabetes Erkrankten zu beeinflussen. Ergänzt wird diese Arbeit durch Public Relations, also eine breite Öffentlichkeits- und Kampagnenarbeit. Hinzu kommen Kooperationen mit der Publikums-

presse, um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu Diabetes zu verbessern. Wir sind bewusst innovative, kreative und „freche“ Wege gegangen. So ist diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe zu einer Organisation geworden, die aufrüttelt – mit gesundheitspolitischen Kampagnen, mit öffentlichkeitswirksamen Events und außergewöhnlichen Mitmachaktionen. Dafür ist sie mehrfach ausgezeichnet worden.

DIE PATIENTENSTIMME HÖRBAR GEMACHT

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe nutzt verschiedene Kanäle, um über die chronische Erkrankung Diabetes mellitus aufzuklären: per Website, in den sozialen Medien, per Podcast und in Kooperation mit klassischen Verlagshäusern. Hierbei folgt die Organisation immer

den aktuellen Trends. Derzeit haben Kurzvideos in den sozialen Medien Hochkonjunktur, insbesondere bei Facebook und Youtube. 2018 hat diabetesDE daher eine neue Videoreihe ins Leben gerufen, bei der die Betroffenen selbst zu Worte kommen: „Diabetes kostet Lebenszeit“. Prominente und Menschen wie du und ich, mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, äußern sich in rund einer Minute, wo ihrer Meinung nach Defizite in Prävention und Versorgung liegen, die im Rahmen einer Nationalen Diabetesstrategie angegangen werden müssten. Die Betroffenen nehmen kurz und prägnant Stellung, zu ganz unterschiedlichen Themen: Warum Verhältnisprävention notwendig ist



Nicole Mattig-Fabian und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Ralf Brauksiepe: Die Wünsche und Forderungen der Menschen mit Diabetes müssen in die Nationale Diabetesstrategie einfließen.



Links: diabetesDE hat starke Partner: Der Lebensmitteldiscounter Lidl unterstützt die Aufklärungskampagne und wird zudem selbst aktiv. Rechts: Die Diabetesthematik ist auf höchster politischer Ebene angekommen: Jens Kröger, Nicole Mattig-Fabian und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf der Charity-Gala 2018.

oder an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung verboten werden sollte. Was für die Einführung einer Zuckersteuer und einer klaren Nährwertkennzeichnung spricht. Warum ärztliche Fachkräfte richtig mit der Forderung liegen, dass sprechenden Medizin besser vergütet werden muss (Diabetes erklären und verstehen – das braucht Zeit!), und warum es dringend nötig ist, dass innovative Medikamente und Hilfsmittel wie die „künstliche Bauchspeicheldrüse“ erstattet werden. Und last but not least: Warum die Digitalisierung in der Diabetologie voranschreiten muss und unter anderem Videosprechstunden eine wünschenswerte Sache wären.

Kontinuierlich hat diabetesDE die Patientenmeinungen sichtbar gemacht: So wurden die Videos nicht nur ins Netz gestellt und erreichten eine beachtliche Reichweite von fast 140.000, sondern auch auf Veranstaltungen und Kongressen gezeigt und an alle Gesundheitspolitikerinnen und -politiker im Bundestag sowie den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Dr. Ralf Brauksiepe, gesendet. Die Videoreihe wird 2019 mit dem Fokus auf Folgeerkrankungen fortgesetzt.

ZUKUNFT: TYP-2-COMMUNITY MOBILISIEREN

Im Bestreben, die Patientenstimmen zusammenzuführen und zukünftig für politische Meinungsumfragen und Petitionen effektiv zu kanalisieren, hat diabetesDE begonnen, eine Online-Community der Typ-2er aufzubauen. Während die Typ-1er schon seit Jahren digital vernetzt sind, fehlt

der Typ-2er-Community bislang eine kommunikativ tragfähige und nachhaltig vernetzende Struktur. Dies soll zukünftig mit der „Arbeitsgemeinschaft Digitale Allianz Typ 2“, in der alle relevanten Stakeholder zusammenkommen, gelingen.

DIABETES-CHARITY-GALA 2018 MIT JENS SPAHN

Seit 2011 findet jedes Jahr im Oktober die Diabetes-Charity-Gala statt. Seit Jahren bemühen wir uns, den Bundesgesundheitsminister für die Eröffnungsrede zu gewinnen, im letzten Jahr hat dies nun endlich geklappt. Jens Spahn wollte damit auch ein Zeichen setzen, dass ihm die im Koalitionsvertrag genannte Nationale Diabetesstrategie wichtig ist. In seiner Rede sprach er über die zentralen Elemente einer solchen Strategie, wie Verhältnisprävention in Kindergarten, Schule und Kantine. Beispielsweise sollten dort keine Süßgetränke, sondern nur Wasser als „Durstlöcher“ angeboten werden. Auch die Reduktion von Zucker, Fett und Salz in Fertigelebensmitteln sowie schnellere Entscheidungen über die Erstattung innovativer Technologien, die den Menschen mit Diabetes das Leben mit der Krankheit erleichtern, gehören nach Ansicht des Bundesministers dazu, sowie die Erhebung von Daten über Diabetes und seine Therapie. Spahn betonte die Notwendigkeit, die vorhandenen Ansätze zusammenzuführen und die Strategie so mit Leben zu füllen.

110.000 EURO FÜR SOZIALE PROJEKTE

Die von Inka Bause moderierte und von vielen Prominenten und Politik-

einen und Politikern verfolgte Diabetes-Gala ging mit einem Paukenschlag zu Ende: Mit über 110.000 Euro für zwei Spendenprojekte wurde ein neuer Spendenrekord erzielt. Gefördert werden über die nächsten zwei Jahre die Projekte „Diabetes-Projekt The Gambia e.V.“ und „E-Learning-Modul zum Gesundheitspass Diabetes“. Beide Projekte verfolgen das Ziel, eine bessere Versorgung der Menschen mit Diabetes zu erreichen, um schwerwiegende Folgeerkrankungen zu vermeiden.

KOOPERATION MIT LIDL IN 2018 FORTGESETZT

Unsere Bemühungen, dem Konsumierenden eine gesündere Ernährung ans Herz zu legen, wurde auch im letzten Jahr von dem führenden Discounter Lidl unterstützt. Lidl hat sich als erster Händler selbst zu einer Reduktionsstrategie von Zucker und Salz in den Eigenmarken um 20 Prozent bis 2025 verpflichtet. Zum Welt- diabetestag hingen erneut an 3.200 Filialen unsere Plakate. Motto: Man muss das Rad nicht neu erfinden, gesunde Ernährung und mehr Bewegung schützen vor Diabetes Typ 2.

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

DIE DDG KOMMENTIERT:

Wir freuen uns sehr, dass diabetesDE die neue Ausrichtung inkl. der Satzungsänderung gelungen ist und nun die so wichtige Stimme der Betroffenen gebündelt in die Politik trägt.

BILANZ

AKTIVSEITE	31.12.2018 EUR	31.12.2017 EUR
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	10.555,00	0,00
II. Sachanlagen		
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	46.840,54	46.097,71
III. Finanzanlagen		
Wertpapiere des Anlagevermögens	2.375.502,50	2.422.260,00
	2.432.898,04	2.468.357,71
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	99.881,29	68.554,00
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
2. Sonstige Vermögensgegenstände	33.814,00	17.434,56
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
	133.695,29	85.988,56
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	202.645,36	297.063,16
C. Rechnungsabgrenzungsposten	182.000,00	74.560,00
Summe	2.951.238,69	2.925.969,43

PASSIVSEITE	31.12.2018 EUR	31.12.2017 EUR
A. Eigenkapital		
I. Ergebnismrücklagen		
1. Ergebnismrücklagen Vorjahr	1.902.653,20	2.410.676,55
2. Projektrücklagen	310.000,00	0,00
	2.212.653,20	2.410.676,55
II. Bilanzgewinn/Bilanzverlust		
1. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	358.159,04	- 508.023,35
2. Einstellung in Rücklagen	- 310.000,00	0,00
	48.159,04	- 508.023,35
	2.260.812,24	1.902.653,20
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	0,50	0,50
C. Rückstellungen		
1. Steuerrückstellungen	0,00	199.400,00
2. Sonstige Rückstellungen	55.050,00	104.800,00
	55.050,00	304.200,00
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	146.901,27	160.811,71
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 146.901,27 EUR (Vorjahr 160.811,71 EUR)		
2. Sonstige Verbindlichkeiten	66.652,18	82.016,02
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 66.652,18 EUR (Vorjahr 82.016,02 EUR)		
	213.553,45	242.827,73
E. Rechnungsabgrenzungsposten	421.822,50	476.288,00
Summe	2.951.238,69	2.925.969,43

GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG

	2018 EUR	2017 EUR
1. Umsatzerlöse	3.452.604,23	3.054.451,54
2. Sonstige betriebliche Erträge	190.753,38	118.559,77
Summe der betrieblichen Erträge	3.643.357,61	3.173.011,31
3. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren	170.740,92	89.226,88
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	798.601,79	1.051.897,08
	969.342,71	1.141.123,96
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	680.300,16	688.012,23
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	111.514,97	123.040,68
davon für Altersversorgung 1.644,84 EUR (Vorjahr 10.811,47 EUR)		
	791.815,13	811.052,91
Zwischenergebnis	1.882.199,77	1.220.834,44
5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen		
a) Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens	960,40	0,00
b) Abschreibungen auf Sachanlagen	18.387,06	16.044,53
	19.347,46	16.044,53
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	1.495.238,85	1.587.552,09
Zwischenergebnis	367.613,46	- 382.762,18
7. Erträge aus anderen Wertpapieren und Ausleihungen des Finanzanlagevermögens	4.180,00	4.230,00
8. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	43.480,01	47.619,34
9. Abschreibungen auf Finanzanlagen	2.853,50	7.875,00
10. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	54.260,93	169.235,51
11. Ergebnis nach Steuern/Jahresüberschuss/-fehlbetrag	358.159,04	- 508.023,35
12. Einstellung in die Ergebnismrücklagen	- 310.000,00	0,00
11. Bilanzergebnis	48.159,04	- 508.023,35

EINNAHMEN/AUSGABEN

	2018 EUR	2017 EUR	Veränderung EUR	%
EINNAHMEN				
1. Einnahmen				
1.1 Mitgliedsbeiträge	1.161.960,00	961.242,00	+ 200.718,00	20,9
1.2 Kursgebühr Fortbildung Diabetologie DDG	453.528,00	276.700,00	+ 176.828,00	63,9
1.3 Kursgebühren Weiterbildung Diabetesberater DDG	745.970,50	789.345,80	- 43.375,30	5,5
1.4 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG FuB	15.005,87	12.955,89	+ 2.049,98	15,8
1.5 Zertifizierung Behandlungseinrichtungen	116.500,00	106.550,00	+ 9.950,00	9,3
1.6 Zertifizierung Klinik für Patienten Nebendiagnose	39.100,00	35.700,00	+ 3.400,00	9,5
1.7 Erlöse Provisionen Zeitschriften	78.573,14	76.663,36	+ 1.909,78	2,5
1.8 Spenden und Sponsoring (Preis, Projektf., Sonstiges)	185.635,00	135.649,51	+ 49.985,49	36,8
1.9 Frühjahrstagung	475.000,00	500.000,00	- 25.000,00	5,0
1.10 Herbsttagung	133.500,00	102.880,00	+ 30.620,00	29,8
1.11 Sonstige Einnahmen (Zinsen etc.)	248.373,93	164.599,64	+ 83.774,29	50,9
Einnahmen gesamt	3.653.146,44	3.162.286,20	+ 490.860,24	15,5

	2018 EUR	2017 EUR	Veränderung EUR	%
AUSGABEN				
2. Wissenschaftsförderung und Leitlinien				
2.1 Preise und Projektförderung	413.827,08	464.688,68	- 50.861,60	10,9
2.2 Wissenschaftliche Zeitschriften	92.077,35	88.023,76	+ 4.053,59	4,6
2.3 Leitlinien	6.792,99	29.942,14	- 23.149,15	77,3
2.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u. a.	23.100,00	19.300,00	+ 3.800,00	19,7
2.5 Gremienarbeit und Veranstaltungen	78.972,15	91.115,14	- 12.142,99	13,3
2.6 Projekte	53.892,67	172.540,25	- 118.647,58	68,8
Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien	668.662,24	865.609,97	- 196.947,73	22,8
3. Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung				
3.1 Fortbildung Diabetologe DDG	319.743,90	178.082,78	+ 141.661,12	79,5
3.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG	503.995,84	799.846,76	- 295.850,92	37,0
3.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung	14.423,00	14.047,00	+ 376,00	2,7
3.4 Gebühren Zertifizierung Nebendiagnose	3.245,10	20.827,70	- 17.582,60	84,4
Summe Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung	841.407,84	1.012.804,24	- 171.396,40	16,9
4. Kommunikation und Mitgliederbetreuung				
4.1 Medienarbeit/Internet	163.861,71	134.875,42	+ 28.986,29	21,5
4.2 Mitgliederbetreuung	22.752,51	19.713,57	+ 3.038,94	15,4
Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung	186.614,22	154.588,99	+ 32.025,23	20,7
5. Unterstützung diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e. V.	320.000,00	360.000,00	- 40.000,00	11,1
6. Personalkosten				
6.1 Gehälter	602.209,01	594.589,69	+ 7.619,32	1,3
6.2 Personalnebenkosten	111.220,13	113.629,21	- 2.409,08	2,1
6.3 Sonstiges	59.343,62	47.165,36	+ 12.178,26	25,8
Summe Personalkosten	772.772,76	755.384,26	+ 17.388,50	2,3
7. Verwaltung				
7.1 Büromiete und Nebenkosten	84.215,39	75.877,84	+ 8.337,55	11,0
7.2 Büroausstattung und -material	19.514,58	17.596,96	+ 1.917,62	10,9
7.3 Telefon/Telefonkonferenzen	6.061,27	7.009,88	- 948,61	13,5
7.4 Laufende EDV-Kosten	94.089,88	36.151,93	+ 57.937,95	-
7.5 Reisekosten/Bewirtung	20.536,00	22.423,40	- 1.887,40	8,4
7.6 Beratung	66.886,01	72.574,98	- 5.688,97	7,8
7.7 Sonstiges	194.879,75	274.242,57	- 79.362,82	28,9
Summe Verwaltung	486.182,88	505.877,56	- 19.694,68	3,9
8. Investitionen				
8.1 EDV/Software	24.929,68	8.058,68	+ 16.871,00	-
8.2 Betriebs- und Geschäftsausstattung	5.715,61	5.877,22	- 161,61	2,7
Summe Investitionen	30.645,29	13.935,90	+ 16.709,39	-
Ausgaben gesamt	3.306.285,23	3.668.200,92	- 361.915,69	9,9
Überschuss/Fehlbetrag	+ 346.861,21	- 505.914,72	+ 852.775,93	-
Überleitung Jahresergebnis	+ 11.297,83	- 2.108,63	+ 13.406,46	-
Jahresüberschuss/-fehlbetrag	+ 358.159,04	- 508.023,35	+ 866.182,39	-
Einstellung in Ergebnizrücklage	- 310.000,00	0,00	- 310.000,00	-
Bilanzergebnis	+ 48.159,04	- 508.023,35	+ 556.182,39	-

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

einzigste medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft, die eine solche interne Controllingrechnung veröffentlicht. Als Ergebnis unserer Prüfung fassen wir folgende Kernaussagen zum Geschäftsverlauf und zur Lage des Vereins zusammen: Die Ertragslage des Vereins gestaltet sich

im Berichtsjahr positiv. Das Jahr wird mit einem Bilanzgewinn in Höhe von 48 T€ abgeschlossen. Im Jahr 2018 konnten die zwei laufenden Betriebsprüfungen zum Abschluss gebracht werden. Die Prüfungen betrafen die Veranlagungsjahre 2013 bis 2015 und

wurde auf Wunsch der Geschäftsführung durch eine Anschlussprüfung für die Jahre 2016 und 2017 ergänzt. Die daraus resultierende neue Vertragsgestaltung der Kongresse (wissenschaftlicher Teil steuerfrei, kommerzieller Teil ertragssteuerfrei, jedoch umsatzsteuerpflichtig) wurde vom Finanzamt in einer verbindlichen Auskunft zugesagt. Die Gesamteinnahmen in Höhe von insgesamt 3.653 T€ konnten im Vergleich zum Vorjahresniveau (3.162 T€) erheblich gesteigert werden. Die Mitgliedsbeitrags-einnahmen stiegen aufgrund einer Beitragserhöhung und einer leichten Erhöhung der Mitgliederanzahl auf 1.162 T€. Die Durchführung von vier Fortbildungskursen zum Diabetologen DDG anstelle der üblichen zwei Kurse im Vorjahr führte zu den mit 454 T€ gegenüber 277 T€ höheren Einnahmen. Die Kursgebühren aus der Weiterbildung zu Diabetesberaterinnen und Diabetesberatern DDG sanken leicht auf 746 T€ (Vorjahr 789 T€), lagen aber um 86 T€ über den geplanten Einnahmen, da auch hier ein Kurs mehr stattfand und

höhere Teilnehmerzahlen zu verzeichnen waren. Zunahmen der Einnahmen aus Spenden und Sponsoring auf 186 T€ (Vorjahr 136 T€) sind u. a. durch Implementierung einer neuen Fortbildungsreihe „Digitalisierung DDG“ sowie Einnahmen aus der Veranstaltung „Night of Nations at EASD“ verursacht. Die Auflösung von Rückstellungen für Umsatzsteuern aus der Zertifizierung der Betriebsprüfungs-folgejahre 2016 und 2017 war mit 60 T€ der Hauptgrund für die Erhöhung der sonstigen Einnahmen auf 248 T€. Die Gesamtausgaben verringerten sich durch bewusste Einsparungen auf 3.306 T€ nach 3.668 T€ in 2017. Die Ausgaben für Wissenschaftsförderung und Leitlinien sind um -197 T€ auf 669 T€ (Vorjahr 866 T€) gesunken, vor allem, da gezielt Einsparungen beim DRG-Projekt vorgenommen, Aufwendungen für Leitlinien reduziert sowie bereits geplante Projekte auf Folgejahre verschoben wurden. Die jährliche Unterstützung von diabetesDE wurde planmäßig um 40 T€ auf 320 T€ abgeschmolzen.

Die Verwaltungsausgaben waren mit 506 T€ leicht rückläufig. Innerhalb dieser Position gab es gegenläufige Entwicklungen. Wesentlich war die Zunahme der laufenden EDV-Kosten um 58 T€ auf 94 T€. Hier wurde bewusst in die Digitalisierung investiert, einerseits wurden die Antragsverfahren für die Zertifizierung digitalisiert, andererseits ein Pilotprojekt zum Telemedizinischen Facharztkoncil beim diabetischen Fuß gestartet. Gleichzeitig sind die sonstigen Verwaltungskosten um 79 T€ gesunken. Für drei wichtige, laufende, zukunftsweisende Projekte, die Neuentwicklung der Homepage der DDG, eine neue Datenbank der Geschäftsstelle der DDG und die elektronische Diabetesakte wurden Rücklagen von 310 T€ gebildet. Die Investitionen des Berichtsjahres belaufen sich auf 31 T€. Die Erhöhung um 17 T€ gegenüber dem Vorjahr war vor allem durch dringend notwendige EDV-Ersatzinvestitionen begründet.

BESTÄTIGUNGSVERMERK DES UNABHÄNGIGEN ABSCHLUSSPRÜFERS

Prüfungsurteil
Wir haben den Jahresabschluss des Vereins Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V., Berlin, - bestehend aus der Bilanz zum 31. Dezember 2018 und der Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2018 geprüft.

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der beigefügte Jahresabschluss in allen wesentlichen Belangen den deutschen, für alle Kaufleute geltenden handelsrechtlichen Vorschriften.

Gemäß § 322 Abs. 3 Satz 1 HGB erklären wir, dass unsere Prüfung zu keinen Einwendungen gegen die Ordnungsmäßigkeit des Jahresabschlusses geführt hat.

Grundlage für das Prüfungsurteil
Wir haben unsere Prüfung des Jahresabschlusses in Übereinstimmung mit § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung durchgeführt. Unsere Verantwortung nach diesen Vorschriften und Grundsätzen ist im Abschnitt „Verantwortung des Abschlussprüfers für die Prüfung des Jahresabschlusses“ unseres Bestätigungsvermerks weitergehend beschrieben. Wir sind von dem Unternehmen unabhängig in Übereinstimmung mit den deutschen handelsrechtlichen und berufsrechtlichen Vorschriften und haben unsere sonstigen deutschen Berufspflichten in Übereinstimmung mit diesen Anforderungen erfüllt. Wir sind der Auffassung, dass die von uns erlangten Prüfungsnachweise ausreichend und geeignet sind, um als Grundlage für unser Prüfungsurteil zum Jahresabschluss zu dienen.

Verantwortung der gesetzlichen Vertreter für den Jahresabschluss
Die gesetzlichen Vertreter sind verantwortlich für die Aufstellung des Jahresabschlusses, der den deutschen, für alle Kaufleute geltenden handelsrechtlichen Vorschriften in allen wesentlichen Belangen entspricht. Ferner sind die gesetzlichen Vertreter verantwortlich für die internen Kontrollen, die sie in Übereinstimmung mit den deutschen Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung als notwendig bestimmt haben, um die Aufstellung eines Jahresabschlusses zu ermöglichen, der frei von wesentlichen - beabsichtigten oder unbeabsichtigten - falschen Darstellungen ist.

Bei der Aufstellung des Jahresabschlusses sind die gesetzlichen Vertreter dafür verantwortlich, die Fähigkeit

des Vereins zur Fortführung der Unternehmenstätigkeit zu beurteilen. Des Weiteren haben sie die Verantwortung, Sachverhalte in Zusammenhang mit der Fortführung der Unternehmenstätigkeit, sofern einschlägig, anzugeben. Darüber hinaus sind sie dafür verantwortlich, auf der Grundlage des Rechnungslegungsgrundsatzes der Fortführung der Unternehmenstätigkeit zu bilanzieren, sofern dem nicht tatsächliche oder rechtliche Gegebenheiten entgegenstehen.

Verantwortung des Abschlussprüfers für die Prüfung des Jahresabschlusses
Unsere Zielsetzung ist, hinreichende Sicherheit darüber zu erlangen, ob der Jahresabschluss als Ganzes frei von wesentlichen - beabsichtigten oder unbeabsichtigten - falschen Darstellungen ist, sowie einen Bestätigungsvermerk zu erteilen, der unser Prüfungsurteil zum Jahresabschluss beinhaltet. Hinreichende Sicherheit ist ein hohes Maß an Sicherheit, aber keine Garantie dafür, dass eine in Übereinstimmung mit § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung durchgeführte Prüfung eine wesentliche falsche Darstellung stets aufdeckt. Falsche Darstellungen können aus Verstößen oder Unrichtigkeiten resultieren und werden als wesentlich angesehen, wenn vernünftigerweise erwartet werden könnte, dass sie einzeln oder insgesamt die auf der Grundlage dieses Jahresabschlusses getroffenen wirtschaftlichen Entscheidungen von Adressaten beeinflussen.

Während der Prüfung üben wir pflichtgemäßes Ermessen aus und bewahren eine kritische Grundhaltung. Darüber hinaus

- identifizieren und beurteilen wir die Risiken wesentlicher - beabsichtigter oder unbeabsichtigter - falscher Darstellungen im Jahresabschluss, planen und führen Prüfungshandlungen als Reaktion auf diese Risiken durch sowie erlangen Prüfungsnachweise, die ausreichend und geeignet sind, um als Grundlage für unser Prüfungsurteil zu dienen. Das Risiko, dass wesentliche falsche Darstellungen nicht aufgedeckt werden, ist bei Verstößen höher als bei Unrichtigkeiten, da Verstöße betrügerisches Zusammenwirken, Fälschungen, beabsichtigte Unvollständigigkeiten, irreführende Darstellungen bzw. das Außerkraftsetzen interner Kontrollen beinhalten können.
- gewinnen wir ein Verständnis von dem für die Prüfung des Jahresabschlusses relevanten internen Kontrollsystem, um Prüfungshandlungen zu planen, die unter den gegebenen Umständen angemessen sind, jedoch nicht mit dem Ziel, ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit dieses Systems des Vereins abzugeben.
- beurteilen wir die Angemessenheit der von den gesetz-

lichen Vertretern angewandten Rechnungslegungsmethoden sowie die Vertretbarkeit der von den gesetzlichen Vertretern dargestellten geschätzten Werte und damit zusammenhängenden Angaben.

- ziehen wir Schlussfolgerungen über die Angemessenheit des von den gesetzlichen Vertretern angewandten Rechnungslegungsgrundsatzes der Fortführung der Unternehmenstätigkeit sowie, auf der Grundlage der erlangten Prüfungsnachweise, ob eine wesentliche Unsicherheit im Zusammenhang mit Ereignissen oder Gegebenheiten besteht, die bedeutsame Zweifel an der Fähigkeit des Vereins zur Fortführung der Unternehmenstätigkeit aufwerfen können. Falls wir zu dem Schluss kommen, dass eine wesentliche Unsicherheit besteht, sind wir verpflichtet, im Bestätigungsvermerk auf die dazugehörigen Angaben im Jahresabschluss aufmerksam zu machen oder, falls diese Angaben unangemessen sind, unser Prüfungsurteil zu modifizieren. Wir ziehen unsere Schlussfolgerungen auf der Grundlage der bis zum Datum unseres Bestätigungsvermerks erlangten Prüfungsnachweise. Zukünftige Ereignisse oder Gegebenheiten können jedoch dazu führen, dass der Verein seine Unternehmenstätigkeit nicht mehr fortführen kann.

Wir erörtern mit den für die Überwachung Verantwortlichen unter anderem den geplanten Umfang und die Zeitplanung der Prüfung sowie bedeutsame Prüfungsfeststellungen, einschließlich etwaiger Mängel im internen Kontrollsystem, die wir während unserer Prüfung feststellen.

Berlin, 22. Februar 2019

Solidaris
Solidaris Revisions-GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Zweigniederlassung Berlin





Dirk Römer
Wirtschaftsprüfer

Joris Pelz
Wirtschaftsprüfer

PRÄSIDIUM UND VORSTAND



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Präsident



Prof. Dr. med. Monika Kellerer
Vizepräsidentin



Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz
Past Präsident und
Mediensprecher



Prof. Dr. med. Andreas Neu
Schatzmeister und
Sprecher Arbeits-
gemeinschaft
Epidemiologie



Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. Hendrik Lehnert
Vorstandsmitglied und
Tagungspräsident 2020



Univ.-Prof. Dr. med. Michael Roden
Vorstandsmitglied,
Tagungspräsident 2019,
Vorsitzender Arbeits-
gemeinschaft Darm
und Leber



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann
Vorstandsmitglied



Dr. med. Hans-Martin Reuter
Vorstandsmitglied



Dr. med. Matthias Kaltheuner
Vorstandsmitglied

DDG GESCHÄFTSSTELLE



Barbara Bitzer
Geschäftsführerin



Martina Wallmeier
Assistentin der
Geschäftsführerin,
Kursorganisation
klinische Diabetologie



Sabrina Vité
Leiterin Gesundheits-
politik und Kommuni-
kation



Tatjana Schwarz
Referentin Gremien
und Mitglieder



Dr. Rebekka Epsch
Leiterin Medizin,
Wissenschaft und
Versorgung



**Susa Schmidt-
Kubeneck**
Referentin Weiterbil-
dung und Zertifizie-
rung



Daniela Erdtmann
Referentin Presse und
Kommunikation



Marnie Volkmann
Referentin Kongresse



Katrin Bindeballe
Referentin Presse und
Kommunikation



Sandra Hoger
Referentin Weiterbil-
dung und Zertifizie-
rung



**Klaus-Dieter
Jannaschk**
Referent Behand-
lungseinrichtungen 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



Prof. Dr. med. Harald Klein
Vorsitzender Ausschuss
Pharmakotherapie des
Diabetes



Dr. med. Alexander Risse
Vorsitzender
Kommission
Apotheker in der Diabe-
tologie (BAK/DDG)



Univ.-Prof. Dr. med. Jochen Seufert, FRCPE
Vorsitzender Kommis-
sion Versorgungsfor-
schung und Register



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



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



Prof. Dr. rer. nat. Annette Schürmann
Vorsitzende Jury der
DDG zur Förderung
wissenschaftlicher
Projekte



Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Palitzsch
Vorsitzender Ausschuss
Qualitätssicherung,
Schulung und Weiter-
bildung



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



Dr. med. Ralph Ziegler
Vorsitzender Kommis-
sion Interessenkon-
flikte



Prof. Dr. rer. nat. Lutz Heinemann
Vorsitzender Kommis-
sion Labordiagnostik
in der Diabetologie der
DDG und DGKL



Prof. Dr. med. Klaus Badenhoop
Vorsitzender Kommis-
sion Kongresse



Prof. Dr. med. Klaus G. Parhofer
Vorsitzender Kommis-
sion Fettstoffwechsel



Prof. Dr. med. Jens Aberle
Vorsitzender Kommis-
sion Adipositas und
bariatrische Chirurgie

ARBEITSGEMEINSCHAFTEN



Prof. 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



Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Kapellen
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. Dipl.-Psych. Thomas Kubiak
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Geriatrie und Pflege



Faize Berger
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten



Prof. Dr. med. Peter Schwarz
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Prävention



Jonas Kortemeier
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs in Klinik und Forschung



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



Dr. Thomas Laeger
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs in Klinik und Forschung



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



Dr. med. Michael Birgel
Sprecher Arbeitsgemeinschaft für Strukturierte Diabetestherapie



Prof. Dr. med. Juris Meier
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Darm und Leber



Dr. med. Gerhard Klausmann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte



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



Prof. Dr. rer. nat. Lutz Heinemann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie



Prof. Dr. rer. nat. Annette Schürmann
Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Nachwuchs in Klinik und Forschung



Univ.-Prof. Dr. med. Michael Roden
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Darm und Leber

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Autoren: Dagmar Arnold, Stefanie Becker, Heike Dierbach, Anne-Katrin Döbler, Baptist Gallwitz, Martin Hrabě de Angelis, Julia Klöckner, Martin Litsch, Ralf Lobmann, Nicole Mattig-Fabian, Dietrich Monstadt, Bettina Rackow-Freitag, Ulrich Weigeldt

Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Projektkoordination in der DDG Geschäftsstelle: Daniela Erdtmann

Fotos/Illustrationen: Titel: John Parrot/Stocktrek Images, S. 3–5: Dirk Michael Deckbar, S. 8: Fotolia/BerlinPictures, S. 9: DDG/Constanze Lohmeyer, S. 10: Dirk Michael Deckbar, S. 11: DDG/Schacht, S. 13–14: Dirk Michael Deckbar, DDG, S. 19: DDG/Schacht, S. 21: vzh, Chile Ministry of Health, S. 22: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), S. 23: Dietrich Monstadt, S. 24: Stefanie Gerlach, S. 25: ZDU-Rheinland-Pfalz, S. 27: DDG/Katrin Bindeballe, S. 28: Dirk Michael Deckbar, S. 29: Bettina Rackow-Freitag, S. 31: DDG/Erdtmann, S. 32–33: Dirk Michael Deckbar, DDG/Thomas Fischbach, S. 35: Stefanie Becker, S. 39: Dirk Michael Deckbar, S. 40–43: DDG/Dirk Michael Deckbar, Schacht, S. 44: privat, S. 45: Dirk Michael Deckbar, S. 47: AOK-Mediendienst, S. 49: Klinikum Stuttgart/Kai Loges + Andreas Langen, S. 50: Fotolia/ipopba, S. 51: Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD), S. 52: Fotolia/Pixi, S. 53: EORG LOPATA/axentis.de, S. 54–57: CECAD/Erim Giresunlu, Elvira Eberhardt, Susanne Milek/Rene Krüger, Helmholtz Zentrum München, Deutsches Zentrum für Diabetesforschung, Eisenmenger/Bethlehem Gesundheitszentrum, Lena Mumme/privat, Dominic Ehrmann/privat, DfE, rech & friends fotostudio, Ruhruniversität Bochum, ADA/Matt Herp 2014, Deutsches Diabetes-Zentrum, S. 59: Dirk Michael Deckbar, S. 60: Dirk Michael Deckbar, Arnout van Son, IQWiG, S. 61: Fotolia/Sophia Winters, Dirk Michael Deckbar, S. 62–63: diabetesDE/Dirk Michael Deckbar, S. 68–71: Dirk Michael Deckbar, privat

Gestaltung & Satz: Susanne Appelhans



Dr. med. Ludwig Merker
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Niere



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



Prof. Dr. med. Andreas Neu
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie



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



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



Prof. Dr. med. Klaus Badenhoop
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Molekularbiologie und Genetik des Diabetes

REGIONALGESELLSCHAFTEN



Prof. Dr. med. Reinhard Holl
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetologie 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 Gesellschaft e.V. (BDG)



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 Endokrinopathien e.V.



Prof. Dr. med. Morten Schütt
Vorsitzender Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Diabetes e.V.



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



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



Prof. Dr. med. Martin Merkel
Vorsitzender Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V.



Prof. Dr. med. Ralf Lobmann
Sprecher der Regionalgesellschaften



Dr. med. Michael Eckhard
Vorsitzender Hessische Diabetes Gesellschaft e.V.



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

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