

Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Mittwoch, 11. März 2020, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Endstation Notstand? – Wie wir die Weichen für eine gute Diabetesversorgung von morgen stellen

und aus aktuellem Anlass:

Coronavirus SARS-CoV-2: Was bedeutet eine Pandemie für Menschen mit Diabetes?

Themen und Referenten:

Der Notstand darf nicht zum Normalfall werden: Wie lässt sich eine patientenorientierte Diabetesversorgung in Deutschland sichern?

und

Aktuelle Situation zum Coronavirus SARS-CoV-2: Was bedeutet eine Pandemie für Menschen mit Diabetes?

Professor Dr. med. Monika Kellerer

Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Ärztliche Direktorin des Zentrums für Innere Medizin I am Marienhospital in Stuttgart

Erste Anlaufstation Hausarzt – Ist die hausärztliche Versorgung für die drohende Diabetesepidemie ausreichend gewappnet?

Dipl.-med. Ingrid Dänschel

Schriftführerin Deutscher Hausärzterverband (HÄV), Köln

Personalisierte Prävention und Versorgung: Um welche Diabetespatienten müssen wir uns besonders kümmern?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

DDG Pressesprecher, Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Erfolgskonzept Disease-Management-Programm (DMP)? Erkenntnisse aus 20 Jahren Diabetesversorgung – was funktioniert, was nicht?

Dr. phil. Bernd Hagen

Leiter des Fachbereichs „Evaluation und Qualitätssicherung“ am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Bochum

Gut versorgt oder allein gelassen? Eine Patientin berichtet über ihre „Patient Journey“ durch die Versorgungslandschaft

Isolde Tarrach

Ehemalige Fernsehmoderatorin und Diabetespatientin, Berlin

Moderation: Pressestelle DDG

Kontakt für Rückfragen:

Christina Seddig, Michaela Richter

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-652/-516

Fax: 0711 8931-167

seddig@medizinkommunikation.org

richter@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

Nicht alle Diabetespatienten „über einen Kamm scheren“! Maßgeschneiderte Vorsorge und Therapie kann Diabetesversorgung revolutionieren

Berlin, 11. März 2020 – Nicht jeder Diabetes mellitus Typ 2 ist in Ursache, Erscheinung und Ausprägung identisch. Bisher fehlten jedoch eine sinnvolle Klassifizierung und eine darauf angepasste Behandlung. In Klinik und Praxis führt das bisweilen zu einer Über- und Unterversorgung der Betroffenen. Forscher haben die Stoffwechselerkrankung nun in Subtypen unterteilt, was eine präzisere, individuelle Therapie und Prävention ermöglicht. Wie diese Ergebnisse in den Praxisalltag gelangen können und wo noch Forschungslücken zu schließen sind, berichten Expertinnen und Experten auf der heutigen Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Sie zeigen auch auf, welche Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen wie Fettleber und diabetische Nephro- und Neuropathie aufweisen und wie diabetesbedingte Komplikationen durch Präzisionsmedizin verzögert oder sogar verhindert werden können. Im Fokus der Veranstaltung stehen außerdem Erfahrungen aus 20 Jahren Disease-Management-Programm (DMP) und die Frage, ob die hausärztliche Versorgung einer drohenden Diabetes-Epidemie gewachsen ist.

Beim Diabetes nicht nur bis zwei zählen – so könnte ein neues Motto in der diabetologischen Versorgung lauten. Denn sowohl eine schwedische als auch deutsche Untersuchung zeigten, dass eine Unterteilung des Typ 2-Diabetes in fünf Subtypen* sinnvoll ist. „Diese Erkenntnisse können die Diabetesbehandlung deutlich verbessern“, erklärt Professor Dr. med. Andreas Fritsche, einer der Sprecher der Kommission „Epidemiologie und Versorgungsforschung“ der DDG. Denn jenseits der Differenzierung in Diabetes Typ 1 und 2 gebe es in der Regelversorgung derzeit noch keine Unterscheidung. „Wir müssen davon ausgehen, dass mit dem bisherigen Kenntnisstand nicht wenige Patientinnen und Patienten mit Diabetes unter- bzw. übertherapiert werden.“ Dies könne sich nun ändern.

Die Ergebnisse der schwedischen Cluster-Analyse¹ konnten in der Deutschen Diabetes-Studie² bestätigt werden. In beiden Fällen untersuchten die Autorinnen und Autoren Typ 2-Patienten in Bezug auf ihren Krankheitsverlauf und ihre Risiken für diabetesbedingte Komplikationen und Begleiterkrankungen. Auffallend war, dass sich insbesondere hinsichtlich der diabetischen Nephropathie, der nichtalkoholischen Fettleber (NAFLD) und der diabetischen Neuropathie unterschiedliche Risiken bei den Patienten abbildeten: „Betroffene mit dem Subtyp SIDD, die an einem ausgeprägten Insulinmangel leiden, entwickeln beispielsweise besonders häufig eine Retinopathie und Polyneuropathie. Sie brauchen als Erstlinientherapie wahrscheinlich Insulin und sind damit ganz anders zu behandeln als insulinresistente SIRD-Patienten“, führt Fritsche aus. Bislang werden die Betroffenen jedoch routinemäßig zunächst mit oralen Antidiabetika versorgt. Die andere Hochrisikogruppe SIRD hingegen hat ein erhöhtes Risiko für eine Nephropathie und NAFLD.

Aus diesen unterschiedlichen Risiken ergeben sich auch neue Therapieansätze mit entsprechenden präventiven Maßnahmen. „Weiß man, welchem Subtyp ein Patient angehört, sollte man ihn deutlich effektiver therapieren können und damit Folgeerkrankungen vermeiden“, bilanziert Fritsche. „Dazu ist wahrscheinlich eine routinemäßige Bestimmung der endogenen Insulinsekretion ausreichend, wofür man nur eine Blutabnahme im Nüchtern-Zustand benötigt“, erklärt Fritsche, Stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz-Zentrums München an der Universität Tübingen. Auch Patienten mit einem risikoärmeren, altersbedingten

Diabetes wie dem MARD könnten von diesen Erkenntnissen profitieren. „Die Studien zeigen, dass etwa ein Drittel der Diabetespatienten von diesem Typ betroffen sind“, so Fritsche. Diese Gruppe kann möglicherweise weniger aggressiv behandelt werden, die Erkrankung darf aber trotzdem keinesfalls bagatellisiert werden.

„Bevor die Subtypen in die Diabetesversorgung aufgenommen werden, braucht es noch prospektive Studien, die differenzierte Therapiestrategien bei den unterschiedlichen Subgruppen prüfen“, fordert Professor Dr. med. Wolfgang Rathmann vom Deutschen Diabetes Zentrum in Düsseldorf, ebenfalls Sprecher der Kommission „Epidemiologie und Versorgungsforschung“. In einem kürzlich veröffentlichten Positionspapier hat eben diese Kommission Forschungslücken bei der Subtypisierung dargestellt, die es nun zu schließen gilt.³

***Die fünf Diabetestypen in der Übersicht:**

- **SAID** (severe autoimmune diabetes): früher Krankheitsbeginn, niedriger BMI, Insulinmangel, GADA-positiv, schwierige metabolische Einstellung
- **SIDD** (severe insulin-deficient diabetes): GADA-negativ, sonst wie Gruppe 1
- **SIRD** (severe insulin-resistant diabetes): ausgeprägte Insulinresistenz, hoher BMI
- **MOD** (mild obesity-related diabetes): Adipositas ohne ausgeprägte Insulinresistenz
- **MARD** (mild age-related diabetes): höheres Alter, leichte Stoffwechselstörung

Literatur:

¹Ahlqvist E et al., **Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables.** Lancet Diabetes Endocrinol. 2018 May;6(5):361-369. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30051-2. Epub 2018 Mar 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29503172>

²Zaharia OP et al.: **Risk of diabetes-associated diseases in subgroups of patients with recent-onset diabetes: a 5-year follow-up study.** The Lancet Diabetes & Endocrinology. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30187-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30187-1)

³**Differenzierung von Subgruppen in der Diabetologie – Positionspapier der Kommission Epidemiologie und Versorgungsforschung der DDG**
https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Gremien/Positionspapier_Subgruppen_in_der_Diabetologie.pdf

Kontakt für Rückfragen:

Christina Seddig, Michaela Richter
Pressestelle DDG
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-652/-516
Fax: 0711 8931-167
seddig@medizinkommunikation.org
richter@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

Bilanz aus 20 Jahren strukturierter Diabetesversorgung

Frauen nehmen Therapieangebote intensiver wahr und profitieren davon mehr als Männer

Berlin, 11. März 2020 – Strukturierte Versorgungsprogramme helfen Menschen mit Diabetes bereits seit Ende der 1990er-Jahre dabei, ihre Therapieziele besser zu erreichen. Die Einführung des Disease-Management-Programms (DMP)* im Jahr 2002 für Typ 2 und 2003 für Typ 1-Diabetes konnte die Versorgungsqualität weiter verbessern. Insbesondere Frauen profitieren davon. Sie nehmen die Therapieangebote öfter und über einen längeren Zeitraum wahr als Männer. Dadurch sind sie insgesamt deutlich seltener von Begleit- und Folgeerkrankungen betroffen. Auf der heutigen Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) bilanzieren Expertinnen und Experten, in welchen Bereichen das DMP Erfolge erzielt hat und wo noch Verbesserungsbedarf besteht. Sie stellen auch neue Überlegungen vor, die bestehende Lücken im DMP schließen sollen. Hierbei könnten aktuelle Erkenntnisse zum Erkrankungsbild des Diabetes Typ 2 sowie hausärztliche Strukturen für neue Perspektiven sorgen, die ebenfalls auf der Veranstaltung besprochen werden.

Wirft man einen Blick auf die Zahlen, kann für beide Diabetes Disease-Management-Programme zunächst eine positive Bilanz gezogen werden: Bundesweit sind etwa 4,3 Millionen Menschen mit Typ 2-Diabetes und rund 225.000 Menschen mit Diabetes Typ 1 in einem DMP eingeschrieben. „Das sind etwa 75 Prozent aller Versicherten mit Diabetes mellitus“, erklärt Dr. phil. Bernd Hagen, Leiter des Fachbereichs „Evaluation und Qualitätssicherung“ am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). „Daten aus der Region Nordrhein zeigen, dass diese Patientinnen und Patienten durchschnittlich acht Jahre in den Programmen sind und die meisten von ihnen auch aktiv daran teilnehmen.“

Betrachtet man die Geschlechter, so zeigt sich ein deutlicher Unterschied bezüglich der Therapietreue der Patienten. „Frauen nehmen nicht nur etwas länger teil als Männer. Ihre Teilnahmekontinuität ist dabei auch höher“, führt Hagen aus. „Das heißt, sie versäumen seltener die vereinbarten Untersuchungs- oder Schulungstermine.“ Dadurch erreichen sie ihre Therapieziele schneller und dauerhafter. Sie haben nicht nur bessere Langzeitblutzuckerwerte, sondern leiden in Folge auch deutlich weniger unter Begleit- und Folgeerkrankungen: Bei einem Typ 2-Diabetes haben Männer ein etwa anderthalbfach höheres Risiko für das Neuaufreten eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles und das Eintreten einer Dialysepflicht. Darüber hinaus haben sie ein mehr als ein doppelt so hohes Risiko für eine Amputation. „Das Geschlecht ist statistisch gesehen durchaus ein Faktor für den Therapieerfolg“, so Hagen.

Insgesamt ist seit Einführung der DMP ein deutlicher Rückgang der Erkrankungshäufigkeit vor allem schwerwiegender diabetischer Folgekomplikationen wie Amputationen, Erblindungen oder einer Dialysepflicht zu beobachten. „Sicherlich muss man dabei auch den positiven Einfluss der Behandlungsleitlinien, der verbesserten medikamentösen Versorgung und der technischen Möglichkeiten der Stoffwechselkontrolle berücksichtigen“, gibt DDG-Präsidentin Professor Dr. med. Monika Kellerer zu bedenken. Zukünftig sollten die DMP aber – stärker als es heute der Fall ist – insbesondere für die verschiedenen Patiententeilgruppen spezifische Angebote und Ziele entwickeln.

Denn insbesondere bei der Versorgung schwerer Folgeerkrankungen wie dem Diabetischen Fußsyndrom bestünde noch hoher Verbesserungsbedarf in der strukturellen Versorgung, so Kellerer.

***Was sind Disease-Management-Programme?**

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme, die chronisch Erkrankten dabei helfen sollen, ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. Nicht zuletzt wurden DMP mit dem Ziel eingeführt, die ärztliche Behandlung langfristig zu verbessern. Sie werden auch „Chronikerprogramme“ genannt.

Kontakt für Rückfragen:

Christina Seddig, Michaela Richter

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-652/-516

Fax: 0711 8931-167

seddig@medizinkommunikation.org

richter@medizinkommunikation.org

PRESEMITTEILUNG

Neues Coronavirus SARS-CoV-2: Kein erhöhtes Infektionsrisiko für gesunde Diabetespatienten DDG rät zu einer guten Blutzuckereinstellung und empfohlenen Hygienemaßnahmen

Berlin, 11. März 2020 – Weltweit gibt es aktuell mehr als 109.000 bestätigte Infektionen mit dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2 und über 3.800 Menschen sind an der Krankheit COVID-19 verstorben.¹ Bislang verlaufen die meisten Erkrankungen mild. Da es allerdings bei chronischen Grunderkrankungen zu schwereren Verläufen kommen kann, empfiehlt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Menschen mit Diabetes eine stabile Blutzuckereinstellung. Dadurch werde das Infektionsrisiko minimiert. Zudem gilt generell, die Infektionsschutzmaßnahmen des Robert Koch-Instituts (RKI) einzuhalten, wie die Husten-Nies-Etikette und gründliches Händewaschen. Patientinnen und Patienten mit diabetischen Begleit- und Folgeerkrankungen an Organen wie Herz, Nieren oder Leber sollten hohe Ansteckungsgefahren – beispielsweise große Menschenansammlungen – verstärkt meiden. Vor Lieferengpässen von Diabetesmedikamenten brauchen sich Patienten nicht fürchten.

Wie Grippeviren kann eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu Symptomen wie Husten, Schnupfen, Halskratzen und Fieber führen, in einigen Fällen sogar zu Durchfall. „Da die Viruserkrankung in den meisten Fällen mild verläuft, sehen wir bislang auch für Menschen mit Diabetes keine größere Gefahr als bei einem herkömmlichen Grippevirus“, erklärt DDG-Präsidentin Professor Dr. med. Monika Kellerer. „Auch hier empfehlen wir die allgemeine vom RKI empfohlene Vorsorge, die auch für die Influenza gilt.“² Einfache Maßnahmen wie die Husten-Nies-Etikette, gründliches Händewaschen, Hände möglichst fern vom Gesicht halten und ausreichend Abstand zu anderen Menschen einhalten, helfen schon, um sich vor Erregern zu schützen.

Bei Diabetes ist für den Krankheitsverlauf bei Infektionen eine gute Blutzuckereinstellung hilfreich. „Auch im Falle einer Infektion mit dem bislang noch wenig erforschten Coronavirus SARS-CoV-2 gehen wir – analog zur Influenza – davon aus, dass man mit einem ausgeglichenen Stoffwechsel das Risiko für Komplikationen reduzieren kann“, betont DDG Mediensprecher Professor Dr. med. Baptist Gallwitz.

„Haben Diabetespatienten Begleit- und Folgeerkrankungen wie Herzkreislaufprobleme oder Organschäden sollten sie aktuell jedoch besonders achtsam sein“, warnt Gallwitz, stellvertretender Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik, Innere Medizin IV, des Universitätsklinikums Tübingen. Im Falle einer Ansteckung mit Coronavirus SARS-CoV-2 haben sie durch ihr geschwächtes Immunsystem und eventuell bereits bestehende Infektionen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Das gilt vor allem für Menschen nach einer Organtransplantation mit immunsuppressiver Therapie. Sie sollten sich vor großen Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln und Gebieten, in denen Infektionsfälle bekannt geworden sind, fernhalten.

Lieferengpässe bei Diabetesmedikamenten müssen Patienten nicht befürchten.

„Diabetesmedikamente wie Insulin werden vorwiegend in Deutschland, USA, Dänemark, Frankreich, Großbritannien – nicht jedoch in China – hergestellt“, berichtet Kellerer. Von einer Medikamentenknappheit für Diabetespatienten ist auch künftig nicht auszugehen. Die Ärztliche Direktorin des Zentrums für Innere Medizin I am Marienhospital in Stuttgart rät daher davon ab, große Vorräte an Medikamenten und Diabetesutensilien, die über die Versorgung von einem Quartal hinausgehen, für sich selbst zu bevorraten.

Informationen:

¹Stand: 09.03.2020, Novel Coronavirus (COVID-19) Situation (WHO)

<https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeeee1b9125cd>

²RKI: Allgemeine (tagesaktuelle) Informationen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html

RKI: Risikobewertung zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html

Reise- und Sicherheitshinweise des Auswärtigen Amtes

<https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit/reise-und-sicherheitshinweise>

Kontakt für Rückfragen:

Christina Seddig, Michaela Richter

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-652/-516

Fax: 0711 8931-167

seddig@medizinkommunikation.org

richter@medizinkommunikation.org

EXPERTENSTATEMENT

Der Notstand darf nicht zum Normalfall werden: Wie lässt sich eine patientenorientierte Diabetesversorgung in Deutschland sichern?

Professor Dr. med. Monika Kellerer

Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und Ärztliche Direktorin des Zentrums für Innere Medizin I am Marienhospital in Stuttgart

Diabetes ist eine der Volkserkrankungen dieses Jahrhunderts. Nach Expertenschätzungen könnte die Zahl der Diabetespatienten in den kommenden Jahren auf bis zu zwölf Millionen steigen. Diabetes ist eine komplexe Erkrankung, da sie sich auf fast alle Organe im Körper auswirkt und dabei ganz unterschiedliche Gesichter zeigt. Und – Diabetes ist tödlich. Laut Studie aus dem Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ) wird etwa jeder sechste bis siebte Sterbefall dem Typ-2-Diabetes zugeschrieben (1,2). Ein 50-jähriger Mensch mit Diabetes hat eine um sechs Jahre verkürzte Lebenszeit im Vergleich zu seinen Altersgenossen ohne Diabetes (1,2). Verantwortlich hierfür sind die Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes. Die Rate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen beispielsweise ist bei Diabetes etwa vierfach höher (3), und Diabetes ist der häufigste Grund, warum Menschen in Deutschland sich neu einer Dialyse unterziehen (4). Nicht genug damit, gehen auch noch circa 40.000 Amputationen pro Jahr auf das Konto Diabetes (5).

Die zahlreichen und sich unterschiedlich manifestierenden Diabetesformen und deren Begleiterkrankungen sowie eine immer komplexer werdende Diabetestherapie und Diabetestechnologie erfordern einerseits Expertenwissen, andererseits aber auch eine gute Basisversorgung in der Fläche.

Die Zahl der Diabetespatienten steigt immer weiter an – im Gegensatz zu den Hausarzt- und Diabeteschwerpunktpraxen. Und ganz besonders schlimm steht es mit qualifizierten Diabetesabteilungen in Kliniken, die aufgrund politischer Weichenstellungen und den daraus sich ergebenden finanziellen Erwägungen von den Krankenhausträgern abgewickelt werden.

Große Sorge bereitet aber vor allem das Aussterben der klinischen Diabetologie an den Universitäten. Nur noch an sieben von 36 medizinischen Fakultäten findet sich ein diabetologischer Lehrstuhl. Damit ist klar, dass wir – die ersten Auswirkungen sind schon heute erkennbar – in Zukunft einen eklatanten Nachwuchsmangel haben werden; ein untragbarer Zustand in Anbetracht der dramatischen Zunahme an Menschen mit Diabetes, welche künftig versorgt werden müssen. Hierzu vielleicht noch einige Zahlen: Zwei voneinander unabhängige Datenerhebungen, die eine von der DDG beim WIG-2 Institut in Auftrag gegeben, die andere von der Universität Ulm, ergaben, dass circa jeder sechste Patient in einem Krankenhaus an Diabetes leidet. Das entspricht einer Zunahme von 27

Prozent in den letzten zehn Jahren. Die Zahl der Menschen mit Diabetes im Krankenhaus steigt, die Kapazität der Abteilungen mit dem Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ hat sich hingegen seit 1991 fast halbiert, und nur an 18 Prozent der Kliniken in Deutschland findet sich eine Diabetesexpertise (6). Das ist ein unhaltbarer Zustand hinsichtlich der Patientenversorgung.

Anders als das von Zeit zu Zeit grassierende Corona-Virus verursacht Diabetes keine vergleichbaren Schlagzeilen. Man hat sich scheinbar an die hohen Erkrankungs- und Sterberaten gewöhnt. Wäre es stattdessen nicht angebracht, dass die Politik bei der Volkskrankheit Diabetes ebenso prompt mit durchgreifenden Maßnahmen reagiert wie zur Eindämmung des Virus? Das ist in unserem Fall leider nicht gegeben. Kleine Fortschritte müssen mit großem Aufwand erkämpft werden. Großprojekte wie die Nationale Diabetesstrategie werden verschleppt – man sieht hier offenbar keine Dringlichkeit. Das muss sich ändern. Die DDG fordert daher:

1. Die Nationale Diabetesstrategie duldet keinen Aufschub mehr. Die Politik muss endlich ihrer Verantwortung gerecht werden und ihre taktischen Scharmützel beenden.
2. Es müssen umgehend wieder mehr klinische Lehrstühle an den medizinischen Fakultäten etabliert werden. Die aktuell noch sieben Lehrstühle reichen bei Weitem nicht aus, um noch genügend Nachwuchs für den künftigen Bedarf des Faches Diabetologie zu generieren. Die Politik muss hier dringend reagieren.
3. Die DMPs müssen den aktuellen Bedingungen angepasst werden. Es erfordert digital und telemedizinisch unterstützte Versorgungsstrukturen mit enger Kooperation zwischen Hausarzt und Spezialist, damit die gefürchteten Folge- und Begleiterkrankungen erst gar nicht auftreten.

Sieben Millionen Menschen mit Diabetes sind auch Wähler, und eine erst kürzlich durchgeführte Analyse von diabetesDE hat ergeben, dass 86 Prozent sich nicht ausreichend von der Politik vertreten sehen.

Quellen:

- (1) Epidemiologie des Diabetes in Deutschland, E. Jacobs und W. Rathmann.
- (2) Jacobs E et al. Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data from 65 Million People in Germany, *Diabetes Care*, 18. Oktober 2017, dc170954. <https://doi.org/10.2337/dc17-0954>
- (3) Diabetes mellitus – Herzerkrankungen – Schlaganfall, D. Tschöpe, E.B. Ringelstein, W. Motz. *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020*, Verlag Kirchheim und Co GmbH
- (4) Nierenersatztherapie in Deutschland, U. Frey, H.J. Schober-Halstenberg. *Bericht 2006/2007 QuaSi Niere*
- (5) Das diabetische Fußsyndrom: Aktuelle Entwicklungen, Therapieziele und Zweitmeinungen, H. Lawall und R. Lobmann. *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019*, Verlag Kirchheim und Co GmbH

*Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Mittwoch, 11. März 2020, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin*

- (6) Fritsche Diabetes mellitus in der Klinik: Mehr Strukturen schaffen. Dtsch Arztebl 2017; 114(41): [16];
- (7) Online-Patientenumfrage Typ-2-Diabetes
https://www.diabetesde.org/system/files/documents/praesentation_umfrage_pm_webseite_0.pdf

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2020

EXPERTENSTATEMENT

Erste Anlaufstation Hausarzt – Ist die hausärztliche Versorgung für die drohende Diabetesepidemie ausreichend gewappnet?

Dipl.-med. Ingrid Dänschel

Schriftführerin Deutscher Hausärzterverband (HÄV), Köln

Flächendeckende hausärztliche Betreuung der Menschen mit Diabetes in Deutschland

Ein Diabetespatient ist ein Hochrisikopatient für kardiovaskuläre Folgeerkrankungen und bedarf einer wohnortnahen ambulanten Langzeitbetreuung. Das kontinuierliche hausärztliche Monitoring, hier werden circa 80 Prozent der Menschen mit Typ 2-Diabetes behandelt, ist dabei zentraler Bestandteil der Versorgung.

Ein wesentlicher Baustein, um eine flächendeckende medizinische Versorgung durch Hausärzte zu garantieren, ist die Weiterentwicklung der Hausarzt-zentrierten Versorgung (HZV). Die Anstrengungen der vergangenen Jahre, junge Menschen für den Hausarztberuf zu begeistern, wirken sich mittlerweile positiv aus. Es gibt wieder ein verstärktes Interesse, Hausarzt zu werden. Die HZV bietet insbesondere jungen Hausärztinnen und Hausärzten eine wirtschaftlich sinnvolle Perspektive, sich auch in ländlichen Räumen niederzulassen, entlastet die Kassen durch unnötige Kosten für Doppel- und Falschuntersuchungen und garantiert den Patienten eine bessere Versorgung. HZV-Hausärzte sind unter anderem verpflichtet, sich regelmäßig in allen hausarztrelevanten Themen weiterzubilden. Davon profitieren alle Patienten, egal, ob sie in der HZV eingeschrieben sind oder nicht.

Leitlinien sollen beachtet werden. Werden sie jedoch unkritisch und konsequent umgesetzt, steigt die Anzahl der Interaktionen mit der Zahl der eingenommenen Medikamente exponentiell.

Hier liegt die herausragende Bedeutung der hausärztlichen Medizin der Zukunft. Die ganzheitliche Sicht des Hausarztteams auf den Patienten ermöglicht eine kontinuierliche, dem Krankheitsstadium angepasste individualisierte Behandlung und Betreuung, welche psychosoziale Aspekte sowie Kenntnis des sozialen Umfeldes und der individuellen Persönlichkeitsstruktur umfasst. Erst dadurch wird die aktive Einbeziehung der Menschen in das Krankheitsmanagement möglich. Wissen wir doch, dass Therapietreue eines der größten ungelösten Probleme bei der Betreuung von Menschen mit Typ 2-Diabetes mellitus, aber auch anderer chronischer Krankheiten darstellt.

Eine besondere Herausforderung stellt die Betreuung von Menschen mit Diabetes in der ambulanten und stationären Pflege dar. Hier nimmt die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH©) eine besondere Stellung ein. Sie ist Teil des Praxisteam, kann den Arzt bei Routinehausbesuchen entlasten, eine enge Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal gewährleisten und so

Kommunikationsverluste vermeiden. Schon heute tragen in unseren Hausarztpraxen Diabetesassistentinnen und Diabetesberaterinnen – unterstützt von Versorgungsassistentinnen (VERAH©) mit u.a. der weisungsgebunden Kompetenz, Hausbesuche im Delegationsverfahren bei immobilen Patienten eigenständig durchzuführen – hohe Verantwortung. Doch auch dafür müssen finanzielle Mittel in ausreichendem Maße und verlässlicher Höhe bereitgestellt werden, sonst wird eben dieser dringend benötigte Personalnachwuchs lieber in die Industrie abwandern.

Chronic Care Management (CCM) oder, wie es der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten beschreibt, eine Sektor verbindende, populationsbezogene, integrierte Versorgung ist die derzeit beste Option, die Versorgung chronisch Kranker zu organisieren.

Schulungen

Eine Analyse von Daten einer großen gesetzlichen Krankenkasse zeigt, dass eine Patientenschulung durch den Hausarzt, respektive das hausärztliche Praxisteam, zeitnah nach Diagnosestellung und bestenfalls unter Einbeziehung von Angehörigen erfolgen sollte. Die zeitnahe Schulung ist umso wichtiger, da sich in den meisten Fällen im ersten Jahr nach Diagnosestellung entscheidet, ob die begonnene Therapie abgesetzt oder fortgeführt wird. Dabei muss der Fokus auf die Krankheitsbewältigung und den Erhalt der Funktionalität im Alltag des Patienten gerichtet sein. Kritisch zu bewerten ist, dass neuere Schulungsprogramme (populationsbezogen, z.B. in „einfacher Sprache“) ebenso wie die Flash-Glukosemessung („unblutige Messung“) derzeit von Hausärzten nicht verordnet beziehungsweise durchgeführt werden dürfen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

DMP

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für Personen mit chronischen Erkrankungen. Trotz aller Forderungen nach einem integrierten, einheitlichen DMP für kardiovaskuläre Erkrankungen, existieren die DMP für Diabetes mellitus und Koronare Herzkrankheit (KHK) weiter parallel nebeneinander. Dies führt in der Praxis dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht umfassend bezüglich aller Risikofaktoren stratifiziert werden oder dass sie mit unsinnigem bürokratischem Aufwand parallel in mehreren DMP geführt werden. Eine Überarbeitung und Modernisierung unter Verwendung digitaler Techniken, transparenter Strukturen bezüglich Hin- und Rücküberweisung und klar festgelegter Verantwortlichkeiten ist dringend geboten.

Digitalisierung

Moderne Technologien sind eine Chance. Diabetes mellitus ist für ein digitales Datenmanagement aufgrund vieler Messwerte besonders geeignet. Voraussetzung ist die Schaffung technischer einheitlicher Standards zur Gewährleistung von technischer und semantischer Operabilität, um

sowohl die Arzt-zu-Arzt-Kommunikation als auch den schnelleren Austausch mit den Patienten zu ermöglichen.

Versorgungsforschung

Die Forderung nach einer nicht von Krankenkassen organisierten, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehenden Versorgungsforschung muss an dieser Stelle ebenso dringlich wiederholt werden, wie die Forderung, den Blick weg von den verursachten Kosten und der Qualität der Leistungserbringer und hin zum Nutzen, dem Wert (Value) für den Patienten zu richten.

Literatur:

u.a. Gutachten SVR Gesundheitswesen; Evaluierung HZV Gerlach/Szeccsenyi; Jahresbericht Techniker KK; PDM-ProValue Study; DMP Bericht, ZI; D.U.T Digitalisierungs- u. Technologiereport Diabetes

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2020

EXPERTENSTATEMENT

Personalisierte Prävention und Versorgung: Um welche Diabetespatienten müssen wir uns besonders kümmern?

Professor Dr. med. Andreas Fritsche

Sprecher der DDG Kommission Epidemiologie und Versorgungsforschung, Stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz-Zentrums München an der Universität Tübingen, Leiter Abteilung Prävention und Therapie des Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus wird oftmals als uniforme Krankheit angesehen, die lediglich durch Blutzuckererhöhung gekennzeichnet ist. Dies ist falsch – im Gegenteil, die Entstehung und Ursachen sind vielfältig, es sind unterschiedliche Organe und Gewebe an der Diabetesentstehung beteiligt. Man könnte von Bauchspeicheldrüsen-, Leber-, Muskel-, Fettgewebe- oder Gehirndiabetes sowie Kombinationen davon sprechen. Und dennoch wird bisher nur bis zwei gezählt (Typ 1- und Typ 2-Diabetes).

Diabetes-Subtypen mit unterschiedlichen Risikoprofilen

Schon die bisherige Unterscheidung zwischen Typ 1- und Typ 2-Diabetes ist keineswegs trivial. Es bekommen zunehmend auch ältere Menschen einen Typ 1-Diabetes, und diese werden nicht als solche erkannt und falsch behandelt (siehe Theresa May, ehemalige britische Premierministerin).

Heute unterscheiden wir sowohl beim manifesten Diabetes als auch bei Menschen mit erhöhtem Risiko für Diabetes unterschiedliche Subtypen.

Ganz elementare Parameter für die Definition dieser Subtypen sind die defizitäre Insulinausschüttung oder die verminderte Insulinwirkung (Insulinresistenz). Dazu kommen dann noch die Stärke der Blutzuckererhöhung, Alter und Körperfettverteilung sowie der genetische Hintergrund.

Man kann Subtypen mit schweren und milden Verlaufsformen (Hochrisiko/Niedrigrisiko) unterscheiden. Bei den schweren Verlaufsformen gibt es den Insulinmangeldiabetes (mit und ohne autoimmune Zerstörung der Betazellen), der vom Insulinresistenzdiabetes differenziert werden muss, der oft auch mit viel Bauch- und Leberfett einhergeht. Diese unterschiedlichen Subtypen müssen dann auch unterschiedlich behandelt werden. Insulinmangel mit Insulin, Insulinresistenz mit modernen Antidiabetika bei Veränderung des Lebensstils. Außerdem: Die schweren Verlaufsformen haben ein hohes Risiko für Folgeerkrankungen, die milden nicht.

Eine differenzierte Diabetestherapie findet bislang nicht statt

Die Bestimmung des Insulinmangels, also der gestörten Insulinsekretion, erfolgt bisher im Rahmen der Routineversorgung in aller Regel nicht. Und das hat zur Folge, dass Insulinmangelpatienten (siehe

Theresa May) oft erst mit oralen Antidiabetika – statt gleich mit Insulin – behandelt werden. Andererseits bekommen Patienten, die genug eigenes Insulin produzieren, unnötigerweise eine Insulintherapie. Bei keiner anderen endokrinologischen Erkrankung würde man so vorgehen und eine Therapie ohne vorherige Bestimmung des Hormonstatus beginnen. Eine routinemäßige Bestimmung der endogenen Insulinsekretion und der Insulinresistenz ist praktisch gar kein Problem, denn man braucht dafür nur eine Blutabnahme im Nüchternzustand (C-peptid-Glukose-Quotient).

Was konkret lässt sich aus der Subtyp-Differenzierung für die Therapie und Prävention ableiten

Zunächst einmal kann man bei milden Verlaufsformen weniger aggressiv behandeln, gegebenenfalls die Therapie deeskalieren. Man darf natürlich mit dem Begriff „milder Diabetes“ die Erkrankung nicht bagatellisieren. Wir haben ja immer noch damit zu kämpfen, dass der Diabetes unterschätzt und nicht ernst genommen wird.

Die Hochrisikogruppen mit Insulinmangel haben ein besonders hohes Risiko für Retinopathie und Neuropathie, die insulinresistenten Patienten sind besonders gefährdet, eine Nephropathie sowie eine nichtalkoholische Fettleber zu entwickeln. In der Prävention müssen Hochrisikophänotypen intensiver Bewegung treiben und die Ernährung stärker umstellen, dann können auch sie Diabetes vermeiden.

Meine Botschaft:

- 1) Diabetes ist eine vielschichtige, komplizierte und multifaktorielle Erkrankung. Es gibt unterschiedliche Subtypen.
- 2) Für eine präzise und erfolgreiche Behandlung dürfen nicht alle Patienten „in einen Sack gesteckt“ werden, sondern man muss Subtypen spezifisch behandeln.
- 3) Wir müssen bei den Hochrisiko-Subtypen Insulinmangel und Insulinresistenz unterscheiden (dazu genügt als klares Kriterium eine Blutabnahme: nüchtern C-peptid-Glukose Quotient).
- 4) Wir müssen Hoch- und Niedrigrisiko-Subtypen differenziert präventieren und therapieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2020

Differenzierung von Subgruppen in der Diabetologie

Positionspapier der Kommission Epidemiologie und Versorgungsforschung der DDG

Wolfgang Rathmann, Andreas Fritsche, Christian Herder, Reinhard Holl, Andrea Icks, Matthias Kalthener, Christa Scheidt-Nave, Matthias Schulze im Namen der Kommission Epidemiologie und Versorgungsforschung

Biometrische Beratung: Prof. Dr. Oliver Kuß, Düsseldorf

1. Hintergrund

Seit mehr als 100 Jahren wird Diabetes anhand von Glukosemessungen diagnostiziert [1]. Im Jahr 1936 wurde erstmals von Wilhelm Falta eine Einteilung in „insulinsensitiven“ und „nicht insulinsensitiven“ Diabetes vorgeschlagen [2]. Die aktuelle Klassifikation des Diabetes in Typ-1- und Typ-2-Diabetes wurde 1979 von einer Arbeitsgruppe der amerikanischen Diabetesgesellschaft vorgeschlagen und später von der WHO übernommen [3].

In 2018 führte eine schwedische Arbeitsgruppe eine Analyse durch, die zu einer Unterteilung des Diabetes in fünf Subgruppen führte [4]. Anhand von sechs Faktoren (Glutamat-Decarboxylase-Antikörper, GADA; Alter bei Diagnosestellung; Body Mass Index; HbA1c; C-Peptidmessung und Glukose [HOMA-Modell] zur Schätzung der Betazellfunktion und Insulinresistenz) wurden 8.980 schwedische Patienten mit einem neu diagnostizierten Diabetes anhand von Cluster-Analysen in 5 Gruppen eingeteilt:

Gruppe 1 (7% der Studienkohorte): schwerer autoimmuner Diabetes (severe autoimmune diabetes [SAID]) mit frühem Krankheitsbeginn, niedrigem BMI, Insulinmangel, Vorliegen von GADA und schwieriger metabolischer Einstellung;

Gruppe 2 (18%): schwerer Insulinmangel-Diabetes (severe insulin-deficient diabetes [SIDD]). Patienten sind GADA-negativ, entsprechen aber ansonsten Gruppe 1: niedriges Manifestationsalter, niedriger BMI, geringe Insulinsekretion und schlechte metabolische Kontrolle;

Gruppe 3 (15%): schwerer insulinresistenter Diabetes (severe insulin-resistant diabetes [SIRD]): ausgeprägte Insulinresistenz und hoher BMI;

Gruppe 4 (22%): leichter adipositasbedingter Diabetes (mild obesity-related diabetes [MOD]). Diese Gruppe ist durch Adipositas charakterisiert (ohne ausgeprägte Insulinresistenz);

Gruppe 5 (39%): leichter altersbedingter Diabetes (mild age-related diabetes [MARD]). Patienten sind älter als in den anderen Gruppen, haben aber ähnlich wie Gruppe 4 nur eine leichte Stoffwechselstörung.

Die Cluster unterschieden sich in der angewandten glukosesenkenden Therapie. Patienten in Gruppe 3 (SIDD) wurden z.B. früher mit Insulin behandelt [4]. Die 5 Subgruppen unterschieden sich auch im Komplikationsrisiko [4]. So hatten beispielweise Patienten in Gruppe 3 (SIRD; stärkste Insulinresistenz) ein höheres Risiko für diabetische Nierenerkrankung. Das SIDD-Cluster wies ein erhöhtes Risiko für Retinopathie auf [4].

Die Ergebnisse der schwedischen Cluster-Analyse konnten in der prospektiven Deutschen Diabetes-Studie (German Diabetes Study; GDS) repliziert werden [5]. Basierend auf dem Cluster-Algorithmus konnten vergleichbare Subtypen identifiziert werden: SAID: 22%, SIDD: 3%, SIRD: 11%, MOD: 29%, MARD: 35% [5]. Die höhere SAID Prävalenz (22% vs. 7%) ist durch das Design der GDS (Sampling von neu diagnostiziertem Typ-1-Diabetes) bedingt.

Die Auswertungen zeigten ferner, dass zwei Subtypen ein hohes Risiko für Komplikationen aufwiesen. Das höchste Risiko, eine nichtalkoholische Fettleber zu entwickeln, trat beim Cluster des „schweren insulinresistenten Diabetes“ (SIRD) auf. Für eine diabetische Neuropathie lag das höchste Risiko beim Subtyp „schwerer insulindefizitärer Diabetes“ (SIDD) [5].

2. Zielsetzungen des Positionspapiers

- Bestandsaufnahme hinsichtlich der Versorgungsrelevanz der vorliegenden Daten zur Differenzierung von Subgruppen
- Benennung von Forschungslücken, weiterer Bedarf an Studiendaten

3. Versorgungsrelevanz der Differenzierung von Subgruppen des Diabetes

- Eine wichtige Frage vor einer möglichen Übernahme der Subgruppen in die Routineversorgung ist die der **Reproduzierbarkeit** der Ergebnisse. Ob sich diese Clustereinteilung aus selektiven Studien auch auf eine bevölkerungsrepräsentative Diabetespopulation übertragen lässt, ist offen. Ob dort dieselben Unterschiede bezüglich Folgeerkrankungen zu finden sind, ist ebenfalls ungeklärt.
- Vor Anwendung der Subgruppen in der diabetologischen Grundversorgung sollte deren **Praktikabilität** evaluiert werden. So ist die Schätzung der Insulinsekretion bzw. -sensitivität in der schwedischen Studie C-Peptid-basiert. Dieser Parameter wird in den meisten (allgemeinärztlichen) Praxen derzeit nicht erhoben, ist aber für die Clustereinteilung erforderlich. Bei Hausärzten müssten eine Nüchtern-Blutentnahme (Glukose, C-Peptid) erfolgen und Antikörper (GADA) gemessen werden. Beides ist häufig nicht vorhanden, oft liegt als einziger diagnostischer Test nur ein HbA1c im diabetischen Bereich vor. Die Gefahr besteht, dass am Ende aus organisatorischen und finanziellen Gründen eine große Gruppe „nicht-klassifizierter“ Diabetespatienten überbleibt, was keinen Fortschritt darstellt.
- Entscheidend ist, ob die Cluster eine bessere Prädiktion für das **Risiko von Folgeerkrankungen** erlauben. Innerhalb der Cluster 3 bis 5 unterschieden sich die demographischen Variablen deutlich, wie z.B. das Diagnosealter (und damit das Manifestationsalter). Daten aus dem schwedischen Diabetesregister zeigen, dass das Alter bei Diagnosestellung einen starken Einfluss auf die Prognose (Mortalität) hat [6]. Möglicherweise erklärt das in der Praxis leicht zu erfassende Manifestationsalter ebenso gut unterschiedliche Komplikationsrisiken wie die Cluster. Neben den für die Clusterdifferenzierung notwendigen Variablen sind auch alternative Parameter, die in der Grundversorgung verfügbar sind, für die Prädiktion geeignet. Die glomeruläre Filtrationsrate war z.B. ein besserer Prädiktor für das Auftreten einer Nephropathie als die Cluster [7].
- Schließlich ist entscheidend, ob sich aus der Identifizierung der Cluster Rückschlüsse für die **Diabetestherapie** in der diabetologischen Grundversorgung ergeben. Unterschiede in der

angewandten glukosesenkenden Behandlung scheinen zwischen den Clustern zu bestehen [4], allerdings ist unklar, ob eine frühere Differenzierung und cluster-spezifische Therapie das Komplikationsrisiko senken kann.

4. Forschungslücken zu Subgruppen des Diabetes

Genetisch definierte Cluster

Es gibt derzeit zahlreiche bekannte **Genvarianten** ($n > 400$), die zum Erkrankungsrisiko des Typ-2-Diabetes beitragen. Es gibt Ansätze, die Heterogenität des Diabetes durch genetisch definierte Subgruppen zu erklären [8]. Die Übereinstimmung dieser genetisch definierten Cluster mit den schwedischen Subgruppen und ein Vergleich ihrer klinischen Relevanz sind erforderlich.

Persistenz der Cluster

Während genetische Faktoren konstant sind, können sich die Variablen aus der schwedischen Cluster-Analyse mit der Progression und Behandlung des Diabetes verändern. Die **Persistenz** der Personen in den jeweiligen Cluster-Gruppen im Verlauf des Diabetes ist weitgehend unklar, ebenso der Einfluss der glukosesenkenden Therapie auf die Clusterzuteilung. Erste Daten aus der Deutschen Diabetes-Studie (GDS) zeigen, dass die Reproduzierbarkeit der Cluster nach 5 Jahren nur bei 77% liegt [5].

Stetige Variablen und alternative Prädiktoren vs. Cluster

Jede Kategorisierung in Cluster stellt eine Vergrößerung der verfügbaren Information dar. Dementsprechend sind die Merkmale, die in die Clusterbildung eingehen, wenn sie auf stetigem Niveau vorliegen, den Clustern hinsichtlich ihrer **Aussagefähigkeit** überlegen. Eine Reanalyse der ADOPT- und RECORD-Studien zeigte zunächst eine gute Reproduzierbarkeit der 5 Cluster [7]. Stetige Risikofaktoren waren den Clustern hinsichtlich der Prädiktion der Diabetes-Progression ebenbürtig oder überlegen: das Alter bei Diagnosestellung war bezüglich der Prognose des HbA1c-Verlaufs vergleichbar mit der Clustereinteilung [7]. Stetige Variablen waren auch aussagefähiger als die Cluster hinsichtlich des Ansprechens auf einen Glukosesenker [7]. Weiterhin sind Studien dringend erforderlich, die die prognostische Aussagefähigkeit der vorgeschlagenen Cluster mit den in der Praxis verfügbaren einfachen Risikofaktoren vergleichen. Hierzu zählen auch multivariable Risikoscores, die eine Prädiktion des Komplikationsrisikos erlauben.

Reproduzierbarkeit in ethnischen Gruppen

Unklar ist, ob die Reproduzierbarkeit der Subgruppen in verschiedenen **ethnischen Populationen** gegeben ist. Diabetes-Phänotypen in Süd- und Ostasien sowie Afrika sind anders als in Europa oder den USA [9]. Die genetischen und pathophysiologischen Ursachen des Diabetes in diesen ethnischen Populationen sind bisher noch nicht ausreichend erforscht und die Übertragbarkeit der Subgruppen daher fraglich.

Randomisierte Interventionsstudien

Schließlich sollten randomisierte klinische **Interventionsstudien** durchgeführt werden. Diese müssen untersuchen, ob die Definition der Cluster und eine clusterspezifische Therapie (z.B. frühe Insulintherapie bei SIDD oder frühe renoprotektive Therapie bei SIRT) der aktuellen Therapie auf Basis der gültigen Leitlinien überlegen sind.

5. Fazit

Diabetes mellitus ist eine heterogene Krankheitsgruppe. Im Interesse einer verbesserten Diabetesversorgung und Vermeidung von Über-, Unter-, Fehlversorgung eröffnen die vorliegenden Clusteranalysen mit den daraus resultierenden Subgruppen neue wichtige Forschungsperspektiven. Die vorliegende Evidenz zu Behandlungskonsequenzen und vor allem zur Praktikabilität in der Umsetzung ist derzeit unzureichend für die Aufnahme in Leitlinienempfehlungen.

Referenzen

- [1] Prasad RB, Groop L. Precision medicine in type 2 diabetes. *J Intern Med.* 2019;285:40-8
- [2] Himsworth HP, Kerr RB. Insulin-sensitive and insulininsensitive types of diabetes mellitus. *Clin Sci* 1939;4:119–52.
- [3] Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. National Diabetes Data Group. *Diabetes*, 1979;28:1039–57.
- [4] Ahlqvist E, Storm P, Käräjämäki A, Martinell M, Dorkhan M, Carlsson A, Vikman P, Prasad RB, Aly DM, Almgren P, Wessman Y, Shaat N, Spéjel P, Mulder H, Lindholm E, Melander O, Hansson O, Malmqvist U, Lernmark Å, Lahti K, Forsén T, Tuomi T, Rosengren AH, Groop L. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6:361-9.
- [5] Zaharia OP, Strassburger K, Strom A, Bönhof GJ, Karusheva Y, Antoniou S, Bódis K, Markgraf DF, Burkart V, Müssig K, Hwang JH, Asplund O, Groop L, Ahlqvist E, Seissler J, Nawroth P, Kopf S, Schmid SM, Stumvoll M, Pfeiffer AFH, Kabisch S, Tselmin S, Häring HU, Ziegler D, Kuss O, Szendroedi J, Roden M; German Diabetes Study Group. Risk of diabetes-associated diseases in subgroups of patients with recent-onset diabetes: a 5-year follow-up study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7:684-94.
- [6] Tancredi M, Rosengren A, Svensson AM, Kosiborod M, Pivodic A, Gudbjörnsdóttir S, Wedel H, Clements M, Dahlqvist S, Lind M. Excess Mortality among Persons with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2015; 373:1720-32.
- [7] Dennis JM, Shields BM, Henley WE, Jones AG, Hattersley AT. Disease progression and treatment response in data-driven subgroups of type 2 diabetes compared with models based on simple clinical features: an analysis using clinical trial data. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7:442-51.
- [8] Udler MS, Kim J, von Grotthuss M, Bonàs-Guarch S, Cole JB, Chiou J; Christopher D. Anderson on behalf of METASTROKE and the ISGC, Boehnke M, Laakso M, Atzmon G, Glaser B, Mercader JM, Gaulton K, Flannick J, Getz G, Florez JC. Type 2 diabetes genetic loci informed by multi-trait associations point to disease mechanisms and subtypes: A soft clustering analysis. *PLoS Med.* 2018;15:e1002654.
- [9] Pearson ER. Type 2 diabetes: a multifaceted disease. *Diabetologia.* 2019;62:1107-12

Appendix

Zur Erstellung des Positionspapiers wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Datenbank Medline wurde anhand der folgenden Angaben durchsucht:

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) <1946 to September 09, 2019>

Search Strategy (Search Date: 10.09.2019):

- 1 diabetes mellitus/ (113311)
- 2 Diabetes complications/ (41138)
- 3 (type adj3 diabet*).ti,ab. (178169)
- 4 or/1-3 (309467)
- 5 disease progression/ (152439)
- 6 progression.ti,ab. (483645)

- 7 or/5-6 (557331)
- 8 cluster analysis/ (59732)
- 9 cluster* analys?s.ab. (25511)
- 10 cluster*.ab. (331988)
- 11 or/8-10 (360648)
- 12 precision medicine.ab. (5287)
- 13 subgroup*.ti,ab. (212811)
- 14 risk factors/ (781669)
- 15 or/7,12-14 (1488587)
- 16 and/4,11,15 (1190)
- 17 limit 16 to yr=2018-Current (103)

Insgesamt konnten 103 Publikationen identifiziert werden.

Nach Durchsicht der Titel und Abstracts wurden 9 relevante Publikationen identifiziert.

Vorbereitet für den Vorstand der DDG

Stand 12.11.2019

EXPERTENSTATEMENT

Erfolgskonzept Disease-Management-Programm (DMP)? Erkenntnisse aus 20 Jahren Diabetesversorgung – was funktioniert, was nicht?

Dr. phil. Bernd Hagen

Leiter des Fachbereichs „Evaluation und Qualitätssicherung“ am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Bochum

In den Jahren 2002 und 2003 wurden die Disease-Management-Programme (DMP) zu Typ 2- und Typ 1-Diabetes vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Seit 2003 beziehungsweise 2006 können bundesweit gesetzlich Krankenversicherte in eines der beiden Programme über ihre jeweilige Krankenkasse eingeschrieben werden. Auch wenn damit die Geschichte der strukturierten Diabetesversorgung in Deutschland nicht begonnen hat – es existierten nämlich bereits Ende der 1990er-Jahre in einigen Regionen erfolgreich umgesetzte Strukturverträge Diabetes –, so hat diese durch die flächendeckende Einführung der DMP einen beträchtlichen Aufschwung erfahren. Seither ist es möglich, anhand einer vereinheitlichten und regelmäßig erfolgenden Routedokumentation sowie eines vertraglich vereinbarten Sets von Zielindikatoren die Versorgungsqualität von Patienten mit Diabetes sehr detailliert zu beschreiben und Veränderungen über die Zeit abzubilden.

Rein quantitativ sind die Diabetes-DMP dabei bereits als ein Erfolg zu bewerten. Mit einer Zahl von circa 4,3 Mio. (Typ 2) bzw. 225000 (Typ 1) bundesweit eingeschriebenen Patienten werden aktuell vermutlich etwa 75 Prozent der mutmaßlich erkrankten gesetzlich Versicherten in den DMP betreut. Und wie Daten aus der Region Nordrhein zeigen, erfolgt dies für beide Diabetes-Typen im Mittel bereits über eine Zeit von acht Jahren und bei der überwiegenden Mehrzahl aller langfristig betreuten Patienten zudem mit einer sehr hohen Teilnahmekontinuität.

Viele der Qualitätsindikatoren in den Diabetes-DMP haben sich im Zeitverlauf positiv entwickelt. So ist zum Beispiel die Häufigkeit schwerer Hypoglykämien zurückgegangen, ebenso ist der Anteil von Patienten gestiegen, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Wert erreichen. Gegenüber der Anfangszeit weisen die Patienten niedrigere Blutdruckwerte auf, die Verordnungsraten antidiabetischer Medikamente haben sich erhöht und auch der Anteil der als geschult geltenden Patienten hat deutlich zugenommen. Auf der anderen Seite gibt es natürlich auch Indikatoren, die klar zeigen, dass in einigen Bereichen noch Potenzial für Verbesserungen existiert: Zu denken ist hier beispielsweise an die nach wie vor sehr geringe Quote von Diabetespatienten mit Fußulzera, die an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen werden, oder die seit einigen Jahren rückläufige Quote regelmäßig augenärztlich untersuchter Patienten. Weiterhin bestehen bei vielen Zielindikatoren große regionale Unterschiede, die auf einer Reihe von Ursachen beruhen.

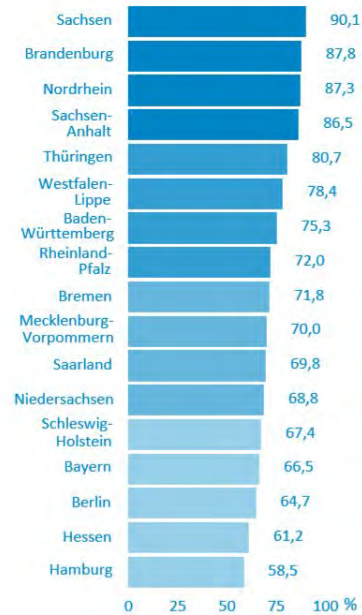
Allerdings bestätigen die Daten aus den Diabetes-DMP insgesamt einen deutlichen Rückgang der Prävalenz und Inzidenz vor allem schwerwiegender diabetischer Folgekomplikationen wie Amputationen, Erblindungen oder des Eintritts einer Dialysepflicht. Natürlich kann diese positive Entwicklung nicht ausschließlich auf die DMP zurückgeführt werden, da sich parallel hierzu Behandlungsleitlinien, die medikamentöse Versorgung und die technischen Möglichkeiten der Stoffwechselkontrolle verändert haben und auch eine stärkere Vernetzung und intersektorale Kooperation der Versorgungsebenen zu beobachten ist.

Nach über 20 Jahren strukturierter Diabetesversorgung, wenn man die ersten Modellprojekte einmal mitzählt, lässt sich somit ein insgesamt positives Fazit hinsichtlich des Nutzens der DMP für die Versorgung von Menschen mit Diabetes in Deutschland ziehen. Zukünftig sollten die DMP aber, stärker als es heute der Fall ist, insbesondere für die verschiedenen Patiententeilgruppen jeweils spezifische Angebote und Ziele entwickeln.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2020

Geschätzte Teilnahmequote an den Diabetes-DMP nach KV-Region



Berechnungsgrundlagen:
 KM-6-Statistik (BMG)
 Versorgungsatlas.de (Zi)
 KBV-Qualitätsbericht 2018
 aktueller GE-Bericht (BW, BY, NO, WL)



Vertraglich festgelegte Qualitätsziele in den Diabetes-DMP

Stoffwechseleinstellung & Ereignisse

- individueller HbA_{1c}-Zielwert erreicht _{2,1}
- HbA_{1c}-Wert ≤ 8,5 % _{2,1}
- keine schweren Hypoglykämien _{2,1}
- keine stationären Notfallbehandlungen _{2,1}

Blutdruck

- bei Hypertonie < 140/90 mmHg _{2,1}
- bei Hypertonie systolisch ≤ 150 mmHg ₂

Schulung

- im DMP-Verlauf geschult _{2,1}
- bei Hypertonie: im DMP-Verlauf geschult _{2,1}

2: Ziel im DMP T2D, 1: Ziel im DMP T1D

Kontrolle

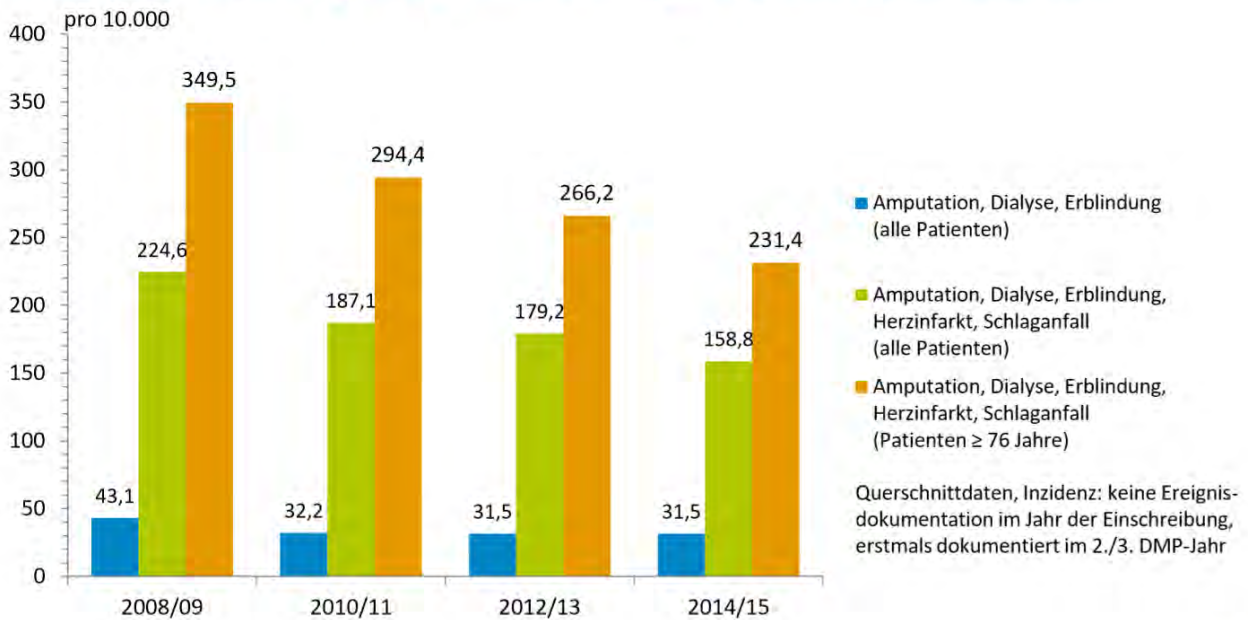
- Augen 2-jährlich untersucht ₂
- Nierenfunktion jährlich überprüft _{2,1}
- keine Nephropathie: Urinalbumin jährlich überprüft ₁
- Fußstatus jährlich untersucht _{2,1}
- Sensibilität & Pulsstatus jährlich überprüft ₁
- Injektionsstellen halbjährlich untersucht ₁
- regelmäßige Fußinspektion ₂
- bei Ulzera: Pulsstatus untersucht ₂
- bei Ulzera: adäquat betreut oder überwiesen ₂

Medikation

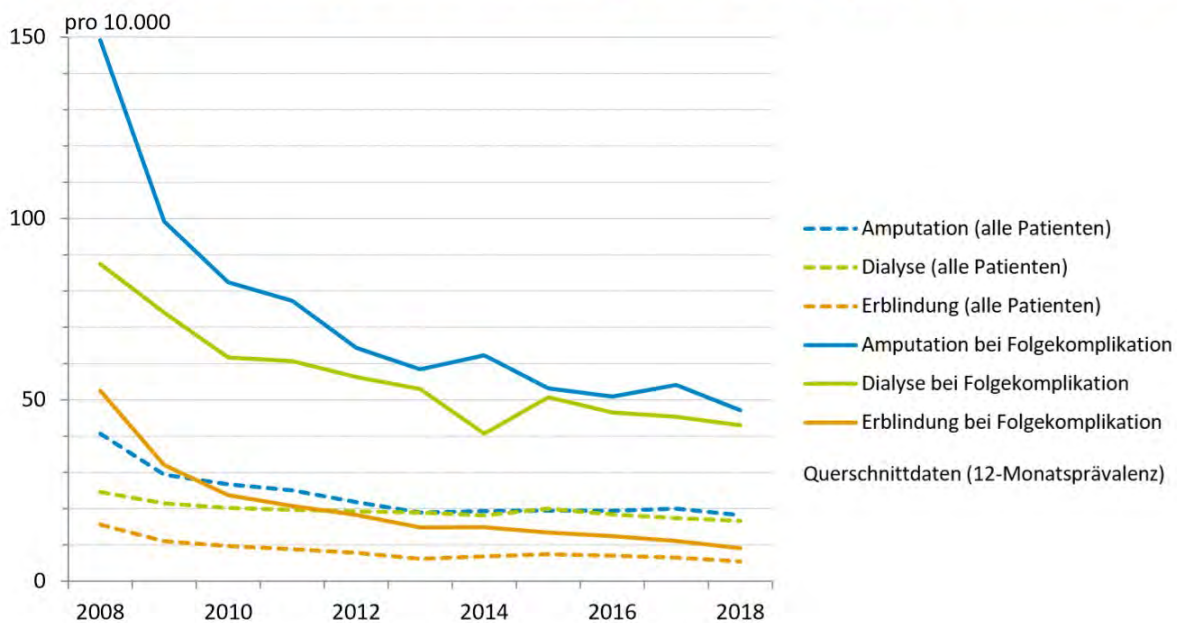
- bei (oralen) antidiab. Monotherapie Metformin ₂
- bei makroangiopathischen Erkrankungen TAH _{2,1}



Neuaufreten von Spätfolgen im DMP Typ-2-Diabetes in Nordrhein



Trend bei der Häufigkeit von Spätfolgen im DMP Typ-2-Diabetes in Nordrhein



Diabetes mellitus in Deutschland – Zahlen und Fakten

Stand 3/2020

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die Menschen jeden Alters betreffen kann. In Deutschland sind aktuell **rund 7 Millionen Menschen** erkrankt. Darüber hinaus ist von einer **Dunkelziffer von etwa 1,3 Millionen Menschen** mit Diabetes auszugehen. Daraus ergibt sich eine **Erkrankungshäufigkeit in der Bevölkerung (Prävalenz) von rund 9,2 Prozent**.

Schätzungsweise **341 000 Menschen im Erwachsenenalter haben in Deutschland einen Typ 1-Diabetes**, hinzu kommen noch **etwa 32 000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren**. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunkrankheit, die meistens im Kindes- und Jugendalter auftritt: Die Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren dann kein Insulin mehr. **Jährlich erkranken rund 3 100 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre neu an Typ 1-Diabetes. Die Rate der Typ 1-Diabetes-Neuerkrankungen steigt derzeit jährlich um 3 bis 5 Prozent an**. Die Gründe dafür sind noch unbekannt. Diskutiert werden Umweltfaktoren, Ernährung im Säuglingsalter und andere Einflüsse auf das Immunsystem.

Auch Erwachsene können an einem Diabetes Typ 1 erkranken. Es handelt sich dabei um einen verzögert einsetzenden, autoimmun-bedingten Diabetes („latent autoimmune diabetes in adults“ – **LADA**). Häufig erhalten diese Patientinnen und Patienten anfangs die Diagnose Typ 2-Diabetes. **Jedes Jahr erkranken an diesem Diabetestyp rund 4 150 Erwachsene**. Männer sind hierbei etwas häufiger betroffen als Frauen.

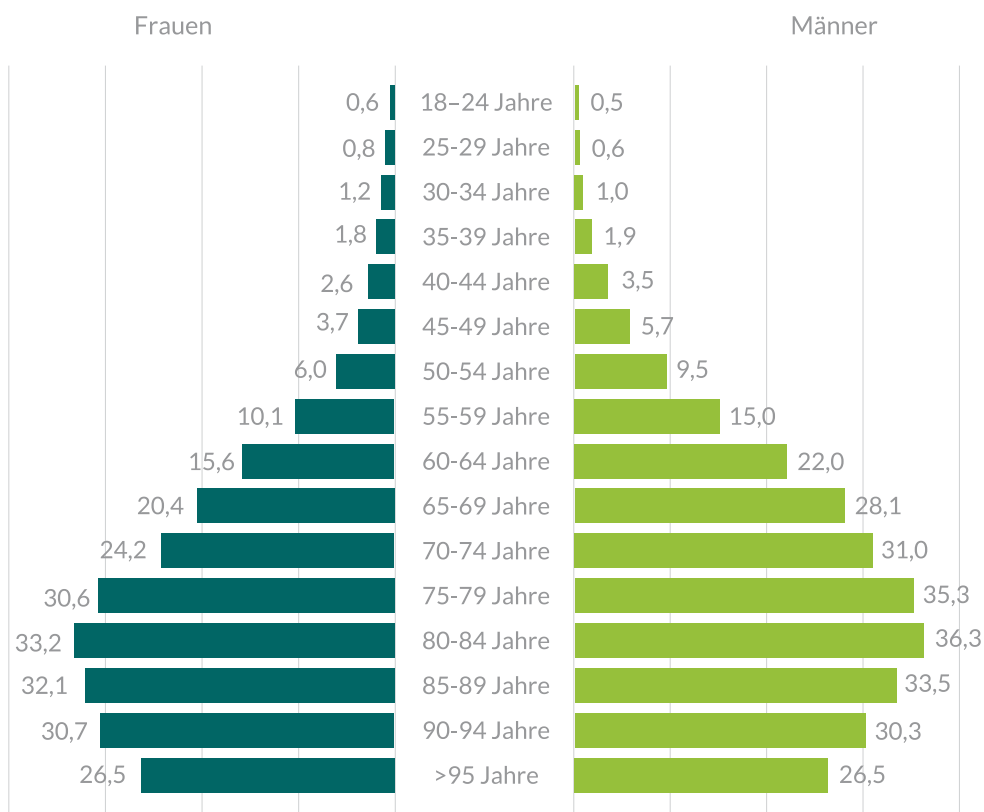
An dem sogenannten **Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)** erkranken in Deutschland **etwa 45 000 Frauen jährlich, also 5,9 Prozent aller Schwangeren**. Seit Jahren steigt diese Zahl kontinuierlich an.

Eine deutliche Mehrheit von etwa 95 Prozent der Diabetespatienten haben einen Typ 2-Diabetes. Diese Diabetesform ist assoziiert mit **Übergewicht, Mangel an Bewegung, erhöhten Blutfettwerten, Bluthochdruck sowie genetischen Faktoren**. Ursächlich sind im Wesentlichen eine verminderte Wirkung von Insulin (**Insulinresistenz**) in unterschiedlichen Geweben und eine **verminderte, gestörte Insulinausschüttung**. Beide Faktoren kommen bei Patienten in unterschiedlicher Kombination und Ausprägung zum Tragen.

Bis zur ersten Diagnose leben Betroffene **etwa acht Jahre lang mit einem unentdeckten Diabetes**. **Jedes Jahr kommen etwa 560 000 Neuerkrankungen des Typ 2-Diabetes** hinzu. Im europäischen Vergleich liegt **Deutschland damit an zweiter Stelle**. Bei gleichbleibender Entwicklung wird damit gerechnet, dass hierzulande **bis zum Jahr 2040 bis zu 12 Millionen Menschen an Diabetes** erkrankt sein werden.

Menschen mit Diabetes haben ein bis zu 2,6-faches Risiko für eine frühzeitigen Tod im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes. Ihre Lebenserwartung ist im Durchschnitt um etwa fünf bis sechs Jahre kürzer als bei gleichaltrigen Personen ohne Diabeteserkrankung. Etwa jeder fünfte Todesfall (16 Prozent) in Deutschland ist mit Typ 2-Diabetes-assoziiert – durch Folge- und Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-erkrankungen. Dies deutet auf eine erhebliche **Unterschätzung der offiziellen Todesursachenstatistik** hin. Insbesondere Frauen und jüngere Personen haben ein erhöhtes diabetesbedingtes Mortalitätsrisiko. Männliche Diabetespatienten haben im Vergleich zu einem Altersgenossen ohne Diabetes eine um vier bis sechs Jahre **reduzierte Lebenserwartung**, während Diabetespatientinnen etwa fünf bis sieben Jahre früher als stoffwechselgesunde Frauen sterben.

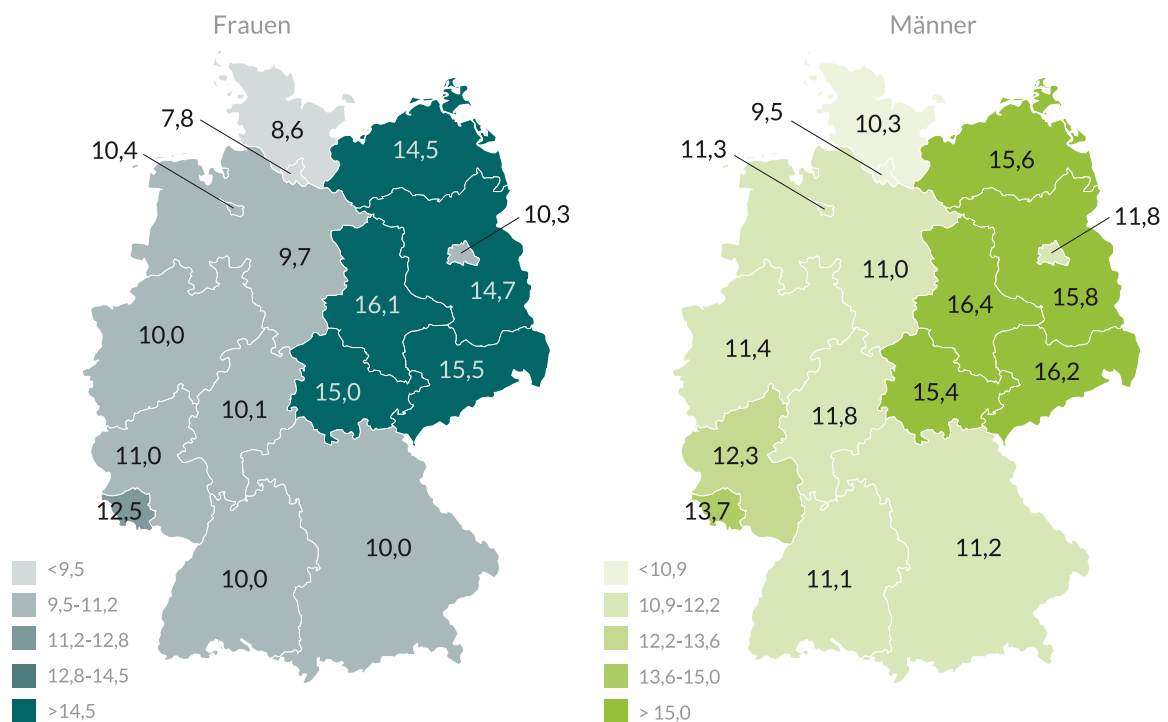
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



Regionale Unterschiede:

Betrachtet man die Erkrankungshäufigkeit auf regionaler Ebene, so zeigt sich, dass es – mit Ausnahme des Saarlandes – ein großes Ost-West-Gefälle gibt. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern liegt die Erkrankungsrate in den östlichen Bundesländern mit durchschnittlich vier Prozentpunkten deutlich höher als im Westen. Dort hat bereits etwa jeder Sechste einen Diabetes, während in den westlichen Bundesländern jeder Zehnte bis Elfte betroffen ist.

Diabetes-Häufigkeit nach Bundesland
bei gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen
(in Prozent, nach Geschlecht, 2011)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

Begleit- und Folgeerkrankungen:

Die Folgen von Diabetes mellitus sind vor allem dann schwerwiegend, wenn die Erkrankung über lange Zeit unentdeckt bleibt oder der Blutzucker unzureichend eingestellt ist. Zu den gravierendsten Folgeerkrankungen gehören Schlaganfall, Herzinfarkt, Netzhauterkrankung bis hin zu Erblindung, diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation und Nierenschwäche bis hin zur Dialyse.

Kosten:

Diabetespatienten verursachen **etwa 1,8-fach höhere Kosten** als vergleichbare Versicherte ohne Diabetes. Die jährlichen Gesamtkosten belaufen sich auf **etwa 21 Milliarden Euro direkte**

Exzesskosten inklusive der Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes (Abrechnungsdaten der GKV). Das entspricht etwa 11 Prozent aller Krankenversicherungsausgaben. Indirekte Kosten, wie Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit, sind hierbei nicht eingerechnet.

Die Kosten der jährlichen diabetesbezogenen **Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland werden auf etwa 110 Millionen Euro** geschätzt.

Werden die Gesundheitsausgaben für Diabetes in Deutschland auf das Jahr 2040 projiziert, so würde Deutschland mit rund 36 Milliarden US-Dollar hinter den USA und China zu den zehn Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben gehören (IDF 2015).

Laut Schätzungen der International Diabetes Foundation (IDF) betragen die **Kosten zur Behandlung von Diabetes und Prävention von Folgeerkrankungen weltweit mindestens 635 Milliarden Euro**.

Laufende Studienprojekte zu Diabetes:

- Deutsche Diabetes-Studie <https://deutsche-diabetes-studie.de/>
- Deutsche Gestationsdiabetes Studie (PREG) <https://www.dzd-ev.de/forschung/bereiche/klinische-studien/preg/index.html>
- Dopamine Genetics 01 <https://www.dzd-ev.de/forschung/bereiche/klinische-studien/dopamine-genetics-01/index.html>

Quellen:

- Robert Koch-Institut (RKI), Bericht der Nationalen Diabetes Surveillance: Diabetes in Deutschland <https://diabsurv.rki.de/SharedDocs/downloads/DE/DiabSurv/diabetesbericht2019.html> (Stand 1/2020)
- Huppertz E et al., Ergebnisse der KoDiM-Studie 2010– Diabetes: Häufigkeit und Kosten der Grunderkrankung, von Komplikationen und Begleiterkrankungen; Diabetologie und Stoffwechsel, 2014; 9 - P147, DOI: 10.1055/s-0034-1375004 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1375004>
- Jacobs, E & Rathmann, W: Epidemiologie des Diabetes; Diabetologie und Stoffwechsel, Diabetologie und Stoffwechsel 2017; 12(06): 437-446, DOI: 10.1055/s-0043-120034 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-120034>
- Jacobs E et al. Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data from 65 Million People in Germany, Diabetes Care, 18. Oktober 2017, dc170954. <https://doi.org/10.2337/dc17-0954>
- Tönnies, T et al.: Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. In: Diabet Med, 2019, 36: 1217-1225 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30659656>
- Internationale Diabetes Föderation: IDF Diabetes Atlas 2019, 9. Auflage. 2019
- Das Diabetesinformationsportal diabinform.de <https://www.diabinform.de/zahlen-und-fakten.html>
- Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Stellungnahmen/Gesundheitspolitik/Gesundheitsbericht_2020.pdf

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 9200 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis, Grundlagenforscher, Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apotheker, Diabetesfachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Experten. Ziel aller Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen.

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören:

- Fort- und Weiterbildung von Diabetologen, Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Diabetespflegefachkräften, Wundassistentinnen und Fachpsychologen
- Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- Entwicklung von medizinischen Leitlinien, Praxisempfehlungen und Patientenleitlinien und Definition des medizinischen Standards in der Diabetologie
- Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- Information und wissenschaftlicher Austausch über neueste Erkenntnisse, unter anderem auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres
- Unterstützung der Nachwuchssicherung in diabetesbezogenen Berufen

Zunehmend an Bedeutung gewinnt das gesundheitspolitische Engagement der Fachgesellschaft. Die DDG ist im regelmäßigen Gespräch mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages, dem Bundesgesundheitsministerium, den Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Meinungsbildung durch die Herausgabe von Stellungnahmen und eine aktive Medienarbeit.

In 35 Gremien (Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften) werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärztinnen und Ärzte die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise den zu Behandelnden zugutekommen lassen.

Weitere Informationen unter www.ddg.info

DDG Medienpreise 2020

für exzellente Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes mellitus

Die Zahlen sind alarmierend: Experten vom Robert Koch-Institut und vom Deutschen Zentrum für Diabetesforschung schätzen, dass die **Zahl der Diabetespatientinnen und -patienten** in den nächsten **20 Jahren** von den derzeit über sieben Millionen **auf bis zu 12 Millionen** steigen könnte. Diese Entwicklung ist eine **gesamtgesellschaftliche Herausforderung**. Wie geht die Gesellschaft mit Diabetes und Menschen mit Diabetes um? Wie reagiert die Politik? Welche Konzepte haben die Player im Gesundheitswesen?

Die Medienpreise der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) legen den **Fokus 2020** auf **Diabetes in unserer Gesellschaft**. Wie gut oder schlecht werden Menschen mit Diabetes hierzulande versorgt? Wie und wo erhalten Sie Unterstützung? Wie wird Diabetes als Erkrankung wahrgenommen? Lange Zeit verursacht Diabetes – anders als andere chronischen Erkrankungen – keine Beschwerden. Wie empathisch geht das Umfeld (Familie, Freunde, Kollegen) damit um? Werden Diabetespatientinnen und -patienten diskriminiert? Welche Strategien können Betroffene entwickeln, um sich in Beruf und Gesellschaft zu behaupten?

Die DDG schreibt 2020 zum siebten Mal Medienpreise aus. Es werden vier Preise in den **Kategorien Print, Hörfunk, Fernsehen und Online** vergeben. In der Kategorie Online können Webseiten, Blogs oder Online-Videos eingereicht werden. Jeder der vier Preise ist mit jeweils 1.500 Euro dotiert.

Bewerben können sich Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum, die über Diabetes mellitus differenziert und verständlich berichten und nach Möglichkeit den Aspekt “Diabetes in unserer Gesellschaft“ aufgreifen.

Kategorie: Print (Artikel der Tages- und Wochenpresse, aus Zeitschriften sowie im Internet veröffentlichte Textbeiträge)

Kategorie: Hörfunk

Kategorie: Fernsehen

Kategorie: Online (Webseiten, Blogs oder Online-Videos)

In das Auswahlverfahren werden Presseveröffentlichungen einbezogen, die **zwischen dem 1. August 2019 und dem 31. Juli 2020** im deutschsprachigen Raum publiziert wurden und einem breiten Publikum Informationen aus dem Gebiet der Diabetologie vermitteln. Wissenschaftliche Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften werden bei der Vergabe der Preise nicht berücksichtigt.

Bewerbungsunterlagen:

Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis zum **31. Juli 2020** an die Pressestelle der DDG.

Bitte beachten Sie:

Autorinnen und Autoren können sich jeweils nur mit **einem Beitrag** bewerben. Serienbeiträge können aufgrund des Umfangs leider nicht angenommen werden.

Reichen Sie Ihren Beitrag bitte per E-Mail ein:

- Kurzer Lebenslauf mit Foto (650 x 370 px und Angabe zum Copyright) als Word- oder PDF-Datei
- Print-Beitrag als PDF
- Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury unter Leitung der DDG. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei gleichwertige und preiswürdige Bewerbungen in einer Kategorie vorliegen. Gelangt die Jury zu der Einschätzung, dass preiswürdige Publikationen bis zum Meldeschluss dieser Ausschreibung nicht vorliegen, wird der Preis nicht vergeben.

Die Preisvergabe erfolgt am 6. November 2020 auf der **Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2020** (6. bis 7. November 2020) in Hannover. **Die persönliche Teilnahme der Preisträgerinnen und Preisträger ist ausdrücklich erwünscht.** Es wird ein Anteil an anfallenden Reise- und Übernachtungskosten in Höhe von maximal 150 Euro übernommen. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt die Preisträgerin/der Preisträger ihr/sein Einverständnis mit der Wiedergabe des ausgezeichneten Beitrags auf der DDG Homepage, am DDG Stand auf der Herbsttagung und ggf. in anderen Publikationen/Medien der Fachgesellschaft.

Übersicht:

Zielgruppe:	Journalistinnen und Journalisten
Fachgebiet:	Gesundheit und Medizin
Medium:	Print-, Hörfunk-, Fernseh-, Online-Publikumsmedien, veröffentlicht im Zeitraum 01.08.2019 bis 31.07.2020
Dotierung:	Insgesamt 6.000 Euro
Einsendeschluss:	31.07.2020
Kontakt:	Pressestelle Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Dagmar Arnold Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart Tel.: 0711 8931-380, Fax: 0711 8931-167 arnold@medizinkommunikation.org, www.ddg.info

CURRICULUM VITAE

Professor Dr. med. Monika Kellerer
Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Ärztliche
Direktorin des Zentrums für Innere Medizin I am Marienhospital in
Stuttgart



Beruflicher Werdegang

1983–1990	Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
1992	Promotion zum Thema „Die Bedeutung der Isoformen des Insulinrezeptors für die Tyrosinkinaseaktivität“ am Institut für Diabetesforschung München bei Prof. H.U. Häring
1990–1995	Assistenzärztin an der III. Medizinischen Abteilung (Diabetologie, Endokrinologie und Angiologie) am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing (Leitung Prof. Dr. H. Mehnert)
1994–3/1996	Habilitationsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft und Gastaufenthalt am Joslin Diabetes Center und New England Deaconess Hospital, Harvard Medical School, Boston
4/1996–1998	Assistenz- und Fachärztin an der IV. Medizinischen Abteilung (Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie und Angiologie) der Universitätsklinik Tübingen (Leitung Prof. Dr. H. U. Häring)
1997	Fachärztin für Innere Medizin
1998	Habilitation im Fach Innere Medizin mit dem Thema „Modulation der Insulinsignalübertragung und ihre Bedeutung für die Pathogenese der Insulinresistenz“
1998–2002	Oberärztin an der IV. Medizinischen Abteilung der Universitätsklinik Tübingen
1998–2002	Heisenberg-Stipendiatin der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2000	Diabetologin/DDG
2000	Schwerpunktanerkennung Endokrinologie und Diabetologie
2002	Fachkunde Labormedizin
Seit 8/2002	Ärztliche Direktorin am Zentrum für Innere Medizin 1, Marienhospital Stuttgart
Seit 6/2019	Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Mitgliedschaft und Mitarbeit in Organisationen und Fachgesellschaften

- Vizepräsidentin DDG (2017–2019)
- Mitglied im Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft (2008–2012)
- Leitlinienorganisation der Deutschen Diabetes Gesellschaft (2009–6/2019)
- Außerordentliches Mitglied und Gutachterin der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Berlin (2005–6/2008)
- Schriftleitung der Zeitschrift „Diabetes und Stoffwechsel“ (2002–2004)
- Schriftleitung der Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“ (2004–2014)
- Beiratsmitglied der Zeitschrift „Der Diabetologe“ (seit 2008)
- Mitglied des Zulassungs- und Berufungsausschusses der KVBW (2006–2010)
- Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg (seit 2010)
- Prüferin bei der Bezirksärztekammer Nord- und Süd-Württemberg für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie (seit 2002)

Mitgliedschaften in folgenden Fachgesellschaften

- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Amerikanische Diabetesgesellschaft (ADA)
- Europäische Diabetesgesellschaft (EASD)
- Arbeitsgemeinschaft Diabetes Baden-Württemberg (ADBW)

Stipendien und Preise

- Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft (1992)
- Habilitationsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (1994–1996)
- Ferdinand-Bertram-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft (1997)
- Heisenberg-Stipendiatin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (1998–2002)
- Hellmut-Otto-Medaille der Deutschen Diabetes Gesellschaft (2015)

Forschungsschwerpunkte

- Pathogenese und Therapie des Typ 2-Diabetes und der Komorbiditäten
- Insulinresistenz und Insulinsekretionsstörungen

CURRICULUM VITAE

Dipl.- med. Ingrid Dänschel
Schriftführerin Deutscher Hausärzteverband (HÄV), Köln



Werdegang

1975–1976	Krankenpflegerin am Stadt Krankenhaus Penig
1976–1981	Medizinstudium in Leipzig
1981–1982	Pflichtassistenz
1982	Erhalt der Approbation und der Diplomanerkennung
1982–1984	Pathologisches Institut Leipzig
1985–1986	Universitätsfrauenklinik Leipzig (Facharztausbildung Gyn./Geburtshilfe)
1986–1990	Stadtambulatorium Lunzenau (Fachrichtungswechsel zum Facharzt für Allgemeinmedizin) Stadt Krankenhaus Friesenstraße Leipzig (Prof. Lohmann) Kinder-Poliklinik Kohlgartenstraße Leipzig Orthopädische Universitätsklinik Leipzig Stadt Krankenhaus Penig (Chirurgie)
Seit 1987	Leiterin der Allgemeinmedizinischen Abteilung
1988	Facharztanerkennung „Allgemeinmedizin“
Seit 01.01.1991	in eigener Niederlassung Akademische Lehrpraxis der Universität Dresden
Seit März 2017	Akademische Lehrpraxis der Universität Leipzig
Seit 04/2016	Patenschaftspraxis Modellprojekt „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“
Seit 07/2018	Patenschaftspraxis Modellprojekt „LeiKA“ der Universität Leipzig

Berufspolitik:

1998–2007 stellvertretende Vorsitzende im Ausschuss der Sächsischen Landesärztekammer „Betreuung chronisch Kranker ambulant/stationär“

	Vorsitzende des Ärztevereins „Medizinisches Qualitätsnetz Lauenhain e.V.“ seit Gründung
2005–2017	Vorstandsvorsitzende des Sächsischen Hausärzterverbandes e.V.
Seit 2017	Fortbildungsbeauftragte im Sächsischen Hausärzterverband e. V.
Seit 2006	Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Deutschen Hausärzterverbandes e.V.
04/2010–09/2019	stellvertretende Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes
Seit 09/2019	Schriftführerin im Bundesvorstand des Deutschen Hausärzterverbandes e.V.
Bis 2019	Mitglied der Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer

Auszeichnungen

2018	Ehrenpreis der SGAM
------	---------------------

CURRICULUM VITAE

Professor Dr. med. Andreas Fritsche
Sprecher der DDG Kommission Epidemiologie und Versorgungsforschung,
Stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und
Metabolische Erkrankungen des Helmholtz-Zentrums München an der
Universität Tübingen,
Leiter Abteilung Prävention und Therapie des Diabetes mellitus



Beruflicher Werdegang

1984–1991	Studium der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
05/1991	Staatsexamen
1993	Approbation als Arzt, Medizinische Klinik und Poliklinik, Universität Tübingen Abteilung Innere Medizin IV, Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. H. U. Häring
1998	Facharzt für Innere Medizin
2000	Diabetologe DDG
2002	Oberarzt Abteilung Diabetologie
2003	Leitender Oberarzt Medizinische Klinik IV, Krankenhaus Rottenburg
2007	Geschäftsführer Zentrum für Ernährungsmedizin Tübingen Hohenheim
2008	Mitglied im Ausschuss Pharmakotherapie der DDG
2009–2014	Vorstandsmitglied DDG, Pressesprecher DDG

Wissenschaftlicher Werdegang

1991	Doktor der Medizin
Seit 1992	Klinische Studien zur Praxis der Diabetestherapie
2002	Habilitation im Fach Innere Medizin: „Defekte der Insulinsekretion in der Pathogenese des Typ-2-Diabetes mellitus“
2004	Leitung der Klinischen Forschergruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft: KFO 114 „Prävention des Diabetes“

- 2006 Berufung auf die W3-Professur „Ernährungsmedizin und Prävention
an der Universität Tübingen
- 2011 Leiter Abteilung Prävention und Therapie des Diabetes mellitus
und stellvertretender Leiter des Instituts für Diabetesforschung und
Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der
Universität Tübingen

Preise

- 2003 Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis der DDG
- 2015 Werner-Creutzfeldt-Preis der DDG
- 2017 Hans-Christin-Hagedorn-Projektförderung
- 2018 Bürger-Büsing – Preis Diabetologie

CURRICULUM VITAE

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz,
Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),
Kommissarischer Direktor, Medizinische Klinik IV,
Universitätsklinikum Tübingen



Studium:

Studium der Humanmedizin an den Universitäten Essen, Berlin (Freie Universität), TU München sowie einjähriger Studienaufenthalt in Großbritannien mit einem Stipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes. Approbation 1984.

Promotion:

„Zur Rolle des Phospholipidstoffwechsels bei der Übertragung des Insulinsignals vom Rezeptor in die Zelle“, Betreuer: Prof. Dr. O.-H. Wieland, Forschergruppe Diabetes, Ludwig-Maximilians-Universität München, 1986.

Habilitation:

Für das Fach Innere Medizin mit Habilitationsschrift: „Glucagon-like peptide-1: ein Inkretin mit Potenzial zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ II“ an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 1998.

Berufliche Laufbahn:

1984–1985	Wissenschaftlicher Assistent in der „Forschergruppe Diabetes“ am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing (Leitung Prof. Dr. O.-H. Wieland)
1985–1988	Postgraduiertenstipendium des Boehringer Ingelheim Fonds für medizinische Grundlagenforschung an der Medizinischen Klinik der Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie (Leitung Prof. Dr. W. Creutzfeldt)

1988	„Klinische Arbeitsgruppe für gastrointestinale Endokrinologie“ der Max-Planck-Gesellschaft und der Georg-August-Universität Göttingen (Leitung Dr. J. M. Conlon)
1988–1991	Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik der Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie (Leitung Prof. Dr. W. Creutzfeldt)
1991–1998	Wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin – I. Medizinische Klinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Leitung Prof. Dr. U. R. Fölsch)
1998–1999	Oberarzt für den Funktionsbereich Diabetes an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin – I. Medizinische Klinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Leitung Prof. Dr. U. R. Fölsch)
1999–2003	Oberarzt an der Medizinischen Klinik I des St. Josef-Hospitals, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum (Leitung Prof. Dr. W. E. Schmidt)
Seit 2003	Leitender Oberarzt und Leiter der Ambulanzen für Endokrinologie und Diabetes an der Medizinischen Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen (Leitung Prof. Dr. H.-U. Häring)
2005	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Seit 2006	Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen

Mitgliedschaften in klinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:

- American Diabetes Association (ADA)
- European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
- Berufsverband deutscher Diabetologen (BDD)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)

Qualifikationen:

Facharzt für Innere Medizin (1994), Gastroenterologie (1996), Endokrinologie (2000), Diabetologe DDG (1997), Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM) (2001), Fachkunde Labormedizin (1999).

Forschung:

Physiologie und Pathophysiologie der Inkretinhormone, Prädiabetes; Diabetesprävention bei Typ-2-Diabetes; Genotyp– Phänotyp Charakterisierung des Typ-2-Diabetes, Therapie von Diabetes und Adipositas.

CURRICULUM VITAE

Dr. phil. Bernd Hagen

Leiter des Fachbereichs „Evaluation und Qualitätssicherung“ am
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI),
Bochum



Vita

- | | |
|--------------|---|
| 1983–1989 | Studium der Psychologie, Ruhr-Universität Bochum
Abschluss: Diplom-Psychologe |
| 1989–1994 | Promotionsstudium, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität-
Gesamthochschule Paderborn, Abschluss Promotion |
| 1994–2002 | Post-doc-Tätigkeit, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Erlangen-
Nürnberg, Evaluation der Längsschnittstudie „Selbstständigkeit im höheren
Lebensalter“ |
| Seit 2003 | Mitarbeiter des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in
Deutschland (ZI), Berlin, am Standort Köln, Arbeitsschwerpunkt Disease-
Management-Programme |
| Seit 2016 | Leitung des Fachbereichs Evaluation und Qualitätssicherung |
| Seit 2016/17 | Mitglied der Fachbeiräte „Diabetes-Surveillance in Deutschland“, Robert Koch-
Institut, Berlin, und „Nationale Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie
Diabetes mellitus“, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln |



ISOLDE TARRACH (58) – LEBEN UNTER ZUCKER

Wenn die Moderatorin und Autorin Isolde Tarrach den Raum betritt, fallen ihre langen schlanken Beine besonders auf. 50 Jahre Tanzsport, Laufen und Fitness sind nicht zu übersehen. Und doch ist seit Kurzem alles anders. Wenn Isolde Tarrach aus dem Sitzen aufstehen will, braucht sie ihre Arme, um sich hochstemmen zu können. Sie leidet aktuell unter Diabetischer Amyotrophie, kurz: Muskelschwund, verbunden mit höllischen Schmerzen, eine eher seltene Folgeerkrankung des Typ-1-Diabetes.

Die Diagnose Typ 1 erhielt sie bereits vor 21 Jahren, als sie einen Infekt über ein Jahr nicht los wurde, sie immer schwächer wurde und ihr Durst unerträglich war. Dabei hatte keiner in der Familie Typ-1-Diabetes. Mit einem Blutzuckerwert von 360 mg/dl kam sie ins Krankenhaus, wurde dort eine Woche eingestellt und hatte fortan mit dem Diabetes zu leben. Eine besondere Herausforderung für eine Frau, die im Medien- und Filmbusiness arbeitet, wo Arbeits- und Essenszeiten jeden Tag variieren und kein Tagesablauf gleich ist.

In den ersten Jahren konnte sie das Essen, das beim Filmcatering angeboten wurde, nie so ganz berechnen, sie hat sich damit geholfen, viel zu messen und viel hinterherzuspritzen. Außerdem ist sie für einen geregelten Tagesablauf viel zu spontan und hibbelig, ruhig sitzen tut sie eigentlich nie. Ein Grund, warum Isolde Tarrach auch extrem unter Unterzuckerungen leidet. Die Panikattacken übersteht sie dann auch schon mal mit einem längeren Aufenthalt im Treppenhaus und Traubenzucker. Die Kollegen sollen möglichst wenig mitbekommen. Sie hat Angst, dass es ihre Leistungsfähigkeit und Autorität untergräbt. Trotzdem hat sie ihren Diabetes ganz gut im Griff mit einem HbA1c-Wert von 7. Nur der Diabetes selbst sieht das anders. Er ist regelrecht gemein zu ihr.

So hat die stets positiv denkende, lebenslustige Isolde Tarrach nicht nur mit den Einschränkungen durch den Muskelschwund zu kämpfen, sondern hat neben Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Polyneuropathie und Retinopathie auch eine chronische Niereninsuffizienz. Seit Kurzem muss sie dreimal die Woche für 5 Stunden an die Dialyse. Das ist psychisch und physisch eine Extremlast und stellt sie vor eine neue Herausforderung: kaliumarme Kost. Sie muss Mahlzeiten essen, die ihr nicht schmecken. Das ist die größte Lebenseinschränkung, die sie verspürt.

Inzwischen steht sie auf der Transplantationsliste für eine neue Niere und eine neue Bauchspeicheldrüse. Angst vor der Transplantation hat sie nicht, seit sie die potenziellen Operateure in der Berliner Charité kennengelernt hat. Sie hat sich durch die Bürokratie gebissen, bis sie in der richtigen Abteilung saß. Der Diabetes habe sie noch tafter werden lassen, sie spricht mit Ärzten auf Augenhöhe und lässt nicht locker, wenn sie meint, eine Fehldiagnose bekommen zu haben. So vermuteten die Ärzte zunächst „nur“ eine Polyneuropathie, ehe sie zu dem Ergebnis der diabetischen Amyotrophie kamen. Die neue Niere würde ihr wieder ein normaleres Leben ermöglichen.

Aktuell muss Isolde Tarrach sich die wenige Freizeit, die sie neben dem Management der Krankheit hat, einteilen. Diese widmet sie am liebsten ihrem ersten eigenen Roman, ein gesellschaftskritisches Thema. Den Diabetes darin einzubauen, daran hat sie bislang nicht gedacht, vielleicht, weil er ja immer da ist in ihrem Leben. Ein ungebetener Gast, der nie wieder geht. Und sich nun auch noch in ihren langen Beinen festgesetzt hat. Aber die positive Isolde wäre nicht Isolde, wenn sie dem jetzigen Stillstand nicht den Kampf angesagt hätte. Sobald es wieder besser geht, plant sie ausgiebige Strandspaziergänge. Auf langen gesunden Beinen.