



Inhalt

Editorial	3
Erfolgreiche Vernetzung	4
„Es kommen enorme Herausforderungen auf die Diabetologie zu“	8
Wir brauchen diabetologische Kompetenz	10
Zertifizierung von Behandlungseinrichtungen	12
Diabeteskompetenz – von der Narkose bis zur Nachsorge	14
Leitlinien – Herzstück der Versorgung	16
Ehrungen und Preise 2012	18
Kongresse mit großer Strahlkraft	22
Diabetes – Weltweite Pandemie	24
Soziale Benachteiligung und Umweltverschmutzung als Diabetes-Auslöser	26
Die Präventionsstrategie der Bundesregierung	28
Erfolgreiche Medienarbeit	30
Büffeln unterm Kreuzifix	32
Füße in besten Händen	33
Neueste Erkenntnisse zum Thema Diabetes	34
DDG-Stellungnahmen 2012	36
diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe	38
Geschäftszahlen	40
Vorstand und Geschäftsführung	44
Gremien	45
Impressum	47

2012 auf einen Blick

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) gehört mit über 8.600 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine flächendeckend wirksame Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind.

- 5.588 Fachleute besuchen den Diabetes-Kongress, 3.829 die Diabetes-Herbsttagung
- 162 Ärzte erhalten die Anerkennung „Diabetologe DDG“
Insgesamt gibt es 3.940 „Diabetologen DDG“ – davon zwei Drittel in Kliniken und ein Drittel in niedergelassener Praxis
- Drei Psychologen erhalten die Anerkennung „Fachpsychologe DDG“
Insgesamt gibt es 115 „Fachpsychologen DDG“
- 193 Diabetesberaterinnen, 229 Diabetesassistentinnen und 259 Wundassistentinnen schließen ihre Weiterbildung ab
- 123 Einrichtungen erhalten die „Basisanerkennung DDG“ – davon 19 Erstanträge.
Insgesamt sind es 314
- 30 Einrichtungen erhalten die Anerkennung als „Diabetologikum DDG mit diabetes-spezifischem Qualitätsmanagement“ – davon vier Erstanträge.
Insgesamt sind es 88
- Das neue Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ für die Nebendiagnose Diabetes wird vorgestellt
- 76 „Fußbehandlungseinrichtungen DDG“ werden zertifiziert, von insgesamt 280
- Fünf Praxisempfehlungen werden aktualisiert („Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus“, „Neuropathie“, „Diabetes im Alter“, „Gestationsdiabetes mellitus“, „Diabetes und Schwangerschaft“)
- Mitwirkung an zwei veröffentlichten Nationalen Versorgungsleitlinien („Neuropathie“, „Schulung bei Diabetes“)
- Neun Stellungnahmen und 37 Pressemeldungen zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen werden veröffentlicht. Die Reichweite beträgt 294 Mio. Kontakte
- Die DDG zeichnete elf Wissenschaftler aus und förderte 35 Projekte mit 367.942 €

Editorial

Liebe Mitglieder,
liebe Leserin, lieber Leser,

„To do nothing is no longer an option“: Diesen Satz hat Kofi Annan bereits im Jahr 2006 geprägt, als die UN erkannten, wie sich Diabetes als Epidemie weltweit ausbreiten würde. Für die DDG ist „to do nothing“ noch nie eine Option gewesen – schon gar nicht im zurückliegenden Jahr 2012. Auch wenn das Titelbild auf unserem Geschäftsbericht fünf vor zwölf zeigt: Vieles konnten wir auf den Weg bringen, was die Zukunft der Diabetologie und die künftige Versorgung unserer Patienten positiv beeinflussen wird – in Forschung, Versorgung, Prävention.

Forschung ist die Basis jedes Fortschritts in der Medizin. Für erfolgreiche Forschung bedarf es Menschen mit Ideen und Begeisterung, Gelder und geeigneter Rahmenbedingungen. Für all das setzt sich die DDG ein, um schrittweise Veränderungen herbeizuführen. Es stimmt, wir haben immer noch zu wenig diabetologische Lehrstühle in Deutschland. Aber die DDG hat sich auf die Fahnen geschrieben, die bestehenden aktiv zu unterstützen – indem wir ihre Aktivitäten publizistisch begleiten, sie in der Öffentlichkeit bekannt machen, ihnen viel Raum auf dem Diabetes-Kongress geben. Die Gastbeiträge in diesem Geschäftsbericht zeigen nur einen kleinen Ausschnitt von dem, was diabetologische Forschung in Deutschland aktuell erarbeitet. Auch die steigende Zahl der Abstract-Einreichungen bei unserem Jahreskongress ist ein Indiz dafür, dass die DDG als zentrale Plattform für den wissenschaftlichen Austausch anerkannt wird. Das macht Mut und soll Ansporn für mehr sein.

Ohne Forschung keine adäquate Versorgung für unsere Patienten. Die DDG hat 2012 an Leitlinien mitgearbeitet wie denen zur Therapie bei Diabetes Typ 2, hochwertige Weiterbildungsangebote ausgebaut und die Zertifizierung von Kliniken und Praxen vorangetrieben. So haben wir mit großem Aufwand ein neues Zertifikat etabliert. Es soll die Versorgungsqualität für die Patienten sichern, die wegen einer anderen Erkrankung ins Krankenhaus kommen – z.B. für eine Hüftoperation –, deren Diabetes dabei aber als „Nebendiagnose“ beachtet werden muss. Das trifft jährlich auf mehr als zwei Millionen Menschen zu. Dieses Zertifikat stößt auf großes Interesse und wird hoffentlich nach und nach im Klinikalltag ankommen. Darüber hinaus engagieren wir uns auch für eine enge

Vernetzung mit den Hausärzten. Nur so können wir unseren Patienten eine möglichst lückenlose Versorgung über die verschiedenen Versorgungsebenen hinweg gewährleisten – vom Hausarzt über die diabetologische Schwerpunktpraxis bis hin zur Klinik.

Unsere dritte, vielleicht anspruchsvollste Aufgabe ist die Prävention. Prävention?, mag sich mancher fragen. Machen wir uns damit nicht überflüssig? Leider auf absehbare Zeit sicherlich nicht! Schon unsere Kinder essen zu fett, zu salzig, zu süß. Wir legen damit die Grundlage für viele spätere Krankheiten, die Leid verursachen und unsere Sozialsysteme belasten. Mehr noch als bei den Themen Forschung und Versorgung brauchen wir hier die Unterstützung der Politik. Deswegen engagiert sich die DDG im Wahljahr 2013 aktiv für die Kampagne „Diabetes STOPPEN – jetzt!“. Bereits im letzten Jahr haben wir die Zuckerindustrie öffentlich kritisiert, die eine mil-

lionenschwere Imagekampagne angekündigt, worauf diese sich nach eigenen Worten „irritiert“ zeigte. Ein klares Zeichen dafür, dass wir damit einen Nerv getroffen haben. Jetzt geht es darum, mit vereinten Kräften den Nerv der Politik zu treffen, die ja bekanntlich ziemlich gute Nerven hat – selbst wenn es fünf vor zwölf ist. Doch steter Tropfen höhlt den Stein ... Das haben wir 2012 an vielen erfolgreichen Aktivitäten gemerkt: Denn „to get involved is the only option!“ Mögen die Berichte und Beiträge in diesem Geschäftsbericht den Schwung des letzten Jahres für die bevorstehenden Aufgaben weitertragen!

Viel Vergnügen bei der Lektüre,
mit herzlichen Grüßen
Ihre



Prof. Dr. Stephan Matthaei
Präsident



Dr. Dietrich Garlich
Geschäftsführer

Erfolgreiche Vernetzung

Ob sich eine Idee durchsetzt, ob eine Botschaft gehört wird, hängt heute mehr denn je vom Grad der Vernetzung ab. Neben Formen des klassischen Netzwerkers – das persönliche Gespräch, die Ansprache per Brief – werden elektronische Kommunikationsmittel immer wichtiger. Mitunter schaffen sie überhaupt erst die Voraussetzung, potenzielle Netzwerkpartner, Unterstützer und Zielgruppen ausfindig zu machen. Für die Geschäftsstelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) stand das Jahr 2012 daher auch zum großen Teil im Zeichen der Vernetzung.

Eine Million Seitenaufrufe auf der Webseite

Als zentrale Netzwerkplattform für alle, die am Thema Diabetes interessiert sind, erweist sich die täglich aktualisierte Webseite der DDG. Sie erfreut sich immer größerer Beliebtheit, wie sich an der Jahresstatistik ablesen lässt: Im Jahr 2012 konnte die DDG-Webseite über eine Million Seitenaufrufe verbuchen. Bis zu 2.000 Besucher am Tag fanden den Weg zur Internetpräsenz der DDG.

Gut sieben Prozent aller Aufrufe stammten aus anderen Ländern – eine bemerkenswerte Anzahl von Besuchern aus dem Ausland.

Unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de erfährt jeder Interessierte Wissenswertes zu den Zertifizierungen der DDG, zu den Weiterbildungsmöglichkeiten und zu den aktuellen Leitlinien. Sie stehen im Ranking der Seitenaufrufe an erster Stelle, dicht gefolgt von der Job- und Praxenbörse. Auf Position drei der Nutzungsstatistik bei den Besucherzahlen rangiert die Weiterbildung zur Diabetesberaterin, Platz vier belegt die Arztsuche. Unter diesem Menüpunkt können Mediziner, aber auch Patienten fachkundige Diabetologen in ihrer Nähe finden und nützliche Informationen über besondere Behandlungsmethoden und Sprechzeiten abrufen.

Mehr Nutzer mobiler DDG-Dienste

Um noch mehr Interessierte zu erreichen, ist die DDG verstärkt in den sozialen Netzwerken vertreten. Auf Facebook werden regelmäßig Neuigkeiten zum Thema Diabetes veröffentlicht und von den nun schon über 600 „Fans“ kommentiert. Seit Neuestem ist die DDG auch bei Twitter vertreten. Hier erhält man neben der aktuellen Presseschau alle News im Überblick – Informationen rund um die Uhr.

Diabetes-Kongress und Diabetes-Herbsttagung sind ebenfalls multimedial vertreten. Neben eigenen Webseiten und Ankündigungen auf der DDG-Homepage werden für die Kongresse und Tagungen zusätzlich Apps erstellt. iPhone- und Android-Nutzer können sich so aus dem Programm ihren persönlichen Terminplan zusammenstellen, die Sitzungssäle sind dank integrierter Karten und Pläne leicht zu finden.

Die Apps bieten zudem die Möglichkeit, sich zu vernetzen und mit anderen Kongressteilnehmern auszutauschen. Die mobilen DDG-Dienste kommen zunehmend besser an:

Nutzte beim Diabetes-Kongress 2012 ein Drittel der Tagungsteilnehmer die App, stieg die Zahl der Nutzer bei der Herbsttagung 2012 noch einmal an. Hier griff bereits die Hälfte der Tagungsteilnehmer auf den mobilen Infodienst zu.

Pocket-Guidelines im Taschenformat und als App

Der kurze Weg zur Information ist auch im medizinischen Alltag von wachsender Bedeutung. Eine nützliche, schnell zugängliche Hilfe für alle diabetologisch tätigen Ärzte sind die Pocket-Guidelines – Nachschlagewerke im praktischen Taschenformat, die eine leitliniengerechte Diabetesbehandlung unterstützen. Die Guidelines sind in sechs Themengebiete strukturiert: „Typ-1-Diabetes“, „Typ-2-Diabetes“, „Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus“, „Diabetes mellitus bei Frauen“, „Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ und „Diabetes mellitus im Alter“.

Wer komplett auf Papier verzichten möchte, kann die Pocket-Guidelines seit Kurzem auch als App für iPhone und Android-Smartphones beziehen. Innerhalb von Sekunden erscheinen alle wichtigen Informationen zu Diagnostik, Therapie und Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus direkt auf dem Display. Die App bietet zugleich viele interaktive Tools, eine praktische Suchfunktion mittels Index, ein Newstool und Backup-Funktionen via iCloud für eigene Notizen und ausgewählte Favoriten. Die App steht kostenlos im App-Store und im Android-Market zum Download bereit.

Praxisempfehlungen auf neuestem Stand

Ein schneller Informationszugang ist wichtig. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist aber auch, dass die Informationen auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen.

Und auch hier war die DDG im vergangenen Jahr wieder tätig und hat fünf Praxisempfehlungen aktualisiert: „Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus“, „Diabetes im Alter“, „Gestationsdiabetes mellitus“, „Diabetes und Schwangerschaft“ sowie „Neuropathie“. Letztere erschien 2012 nach längerer Unterbrechung erstmals wieder – etwa 13 bis 26 Prozent aller Menschen mit Diabetes weisen eine schmerzhaft neuropathie auf.

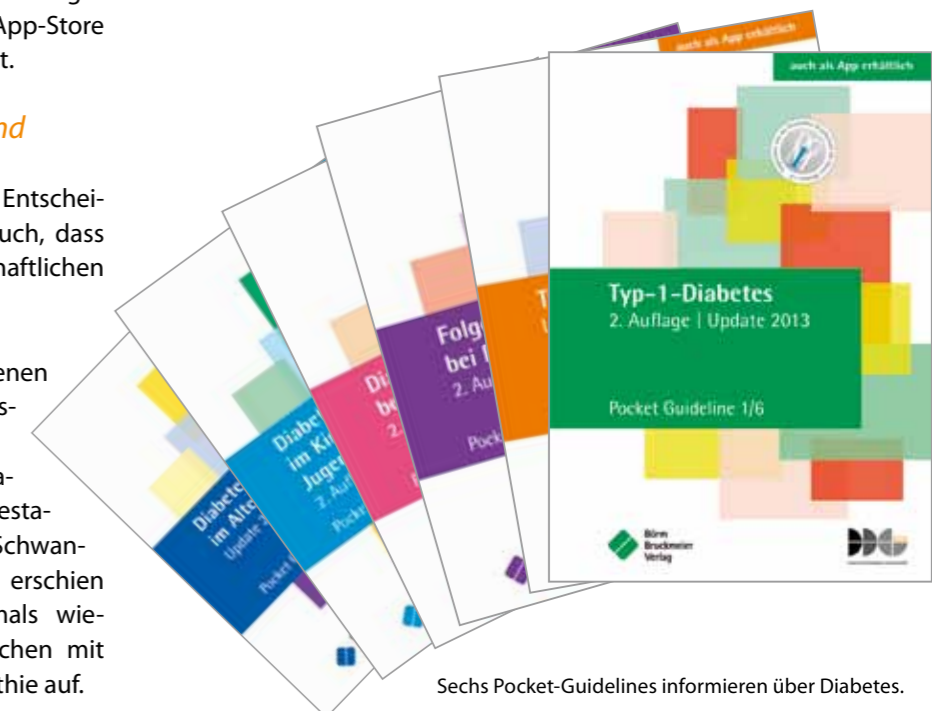
Steckbrief der DDG-Webseite

- www.ddg.info
- www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
- Eine Million Seitenaufrufe
- Durchschnittlich über 1.000 Besucher pro Tag
 - Spitzenwerte: bis zu 2.000 Besucher am Tag
- Besucher aus allen Kontinenten
- Meistbesuchte Seiten:
 - Leitlinien
 - Job- und Praxenbörse
 - Weiterbildung Diabetesberaterin
 - Arztsuche
- Tägliche Presseschau
- Veranstaltungskalender
- Hospitationsbörse
- Vernetzung
 - Facebook
 - Twitter

Auch eine neue Leitlinie für Patienten wurde veröffentlicht. In Form eines Patientenratgebers klärt die Broschüre „Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter“ allgemein verständlich über Vorbeugung, Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote auf.



DDG-Webseite: erstmalig über eine Million Seitenaufrufe.



Sechs Pocket-Guidelines informieren über Diabetes.

Zertifizierungs- und Weiterbildungsdatenbank

Eine weitere wichtige Kernaufgabe der Fachgesellschaft sind die Zertifizierungen. Die DDG bietet verschiedene Zertifikate an, die Behandlungseinrichtungen in die Lage versetzen, ihre besondere Kompetenz in der Behandlung des Diabetes auszuweisen. Auch in diesem Bereich schafft Vernetzung neue Wirkungsmöglichkeiten.

Seit April 2012 steht dem Team Zertifizierung eine moderne Datenbank zur Verfügung. Sie wurde für die speziellen Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Antragsbearbeitung und Weiterbildungsorganisation innerhalb der DDG entwickelt und brachte wesentliche Entlastungen und Synergien mit sich.

Zunächst bietet die Datenbank verschiedenen Benutzern die Möglichkeit, zentral erfasste Daten gleichzeitig zu nutzen. Die Bündelung der Informationen vermeidet eine doppelte Pflege von Datensätzen in den verschiedenen Antragsverfahren und stellt ein hohes Maß an Transparenz her. Dies erlaubt eine zügige und effiziente Bearbeitung. Zudem ist der aktuelle Status eines Antrags oder einer Anmeldung jederzeit abrufbar und mit einer Verlaufshistorie hinterlegt. Damit konnte die Servicequalität für telefonische oder elektronische Anfragen deutlich erhöht werden.

Gezielt Bedarf ermitteln

Gepflegt werden in der Datenbank die Behandlungseinrichtungen und Weiterbildungsstätten mit Adressdaten, Ansprechpartnern und Kontaktdaten sowie gegebenenfalls Abteilungen. Hinzu kommt die Erfassung von Diabetologen mit den Angaben aus dem Antrag, Kursinformationen zu den Weiterbildungen Diabetesberaterin, Diabetesassistentin, Wundassistentin und Klinische Diabetologie sowie alle notwendigen Informationen zu den Teilnehmern dieser Kurse.

Die Datenbank erleichtert auch die Auswertungen der erfassten Daten für Vorstand, Ausschüsse und Arbeitsgemeinschaften der DDG. Schon jetzt erlaubt die Datenbank Aussagen über die Versorgungsdichte an Diabetologen und Einrichtungen sowie über Weiterbildungszahlen. Mittel- und langfristig werden sich daraus Bedarfe ermitteln lassen, denen dann mit gezielten Maßnahmen begegnet werden kann.



Mit Humor gesehen: Die Geschäftsstelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Neues Zertifikat

Auch das Netz der zertifizierten Einrichtungen wird immer dichter. Diesem Ziel dient das neue Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“. Es richtet sich an Akutkrankenhäuser, die über keine DDG-zertifizierte fachdiabetologische Abteilung verfügen und welche die Versorgung von Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes verbessern wollen. Patienten, die nicht zur Behandlung des Diabetes, sondern für eine andere Behandlung in die Klinik kommen, sollen sich sicher aufgehoben wissen. Seit Ende 2012 ergänzt das neue Zertifikat die bewährten Zertifizierungen „Basisanerkennung DDG“, „Diabetologikum DDG“ und „Fußbehandlungseinrichtung DDG“.

Aktive Hauptstadt-Botschafter

Geht es um das Thema Netzwerk, darf die persönliche Ebene nicht fehlen. Zumal Berlin, die neue Heimat der DDG-Geschäftsstelle, sich hervorragend anbietet, um

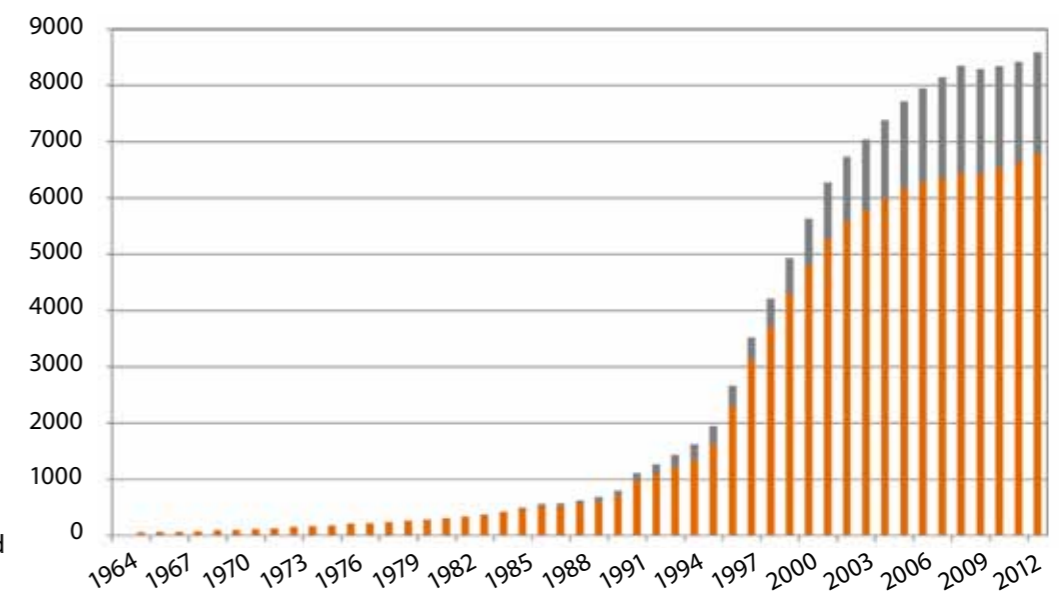
im Gespräch Kontakte zu knüpfen. Nirgendwo anders sind so viele Akteure auf dichtem Raum versammelt – Politiker, Verbände, Journalisten, internationale Organisationen. Hier veranstaltete die DDG im vergangenen Herbst die Diabetes-Herbsttagung, bei der rund 3.900 Botschafter in Sachen Diabetologie unterwegs waren.

In der Hauptstadt fand im Oktober auch der Europäische Diabetes-Kongress statt, bei dem die DDG die Gelegenheit zu einer gemeinsamen Pressekonferenz mit der „Diabetic Foot Study Group (DFSG)“ der „European Association for the Study of Diabetes (EASD)“ nutzte. Mit geballter Expertise gelang es beiden Organisationen, auf den alarmierenden Umstand unnötiger Fuß- und Beinamputationen aufmerksam zu machen.

Wachsende Mitgliederzahl

Künftig will die DDG ihren Diabetes-Kongress jedes Jahr in Berlin abhalten. So viel Aktivität wirkt offenbar überzeugend – im vergangenen Jahr konnte die DDG ihre Mitgliederzahl erneut steigern auf nunmehr 8.593 Mitglieder. Ein großes Netzwerk, das vor großen Herausforderungen in der Versorgung einer wachsenden Zahl Diabetespatienten steht.

Entwicklung der Mitgliederzahlen
6.788 ordentliche und
1.805 assoziierte



„Es kommen enorme Herausforderungen auf die Diabetologie zu“

Herr Professor Matthaei, zwei Amtsjahre als Präsident der DDG liegen hinter Ihnen. Sie haben viel erreicht. Was war Ihnen besonders wichtig?

Matthaei: Dank des enormen Engagements aller Vorstandsmitglieder, der MitarbeiterInnen unserer exzellent funktionierenden Geschäftsstelle in Berlin sowie unzähliger aktiver Mitglieder unserer Gesellschaft in Ausschüssen, Arbeitsgemeinschaften und anderen Bereichen konnten wir in den vergangenen zwei Jahren eine Vielzahl von Projekten bearbeiten. Dazu zählen die Stärkung der Wissenschaft innerhalb der DDG, die Optimierung der Strukturen zwischen den Versorgungsebenen, die Schaffung eines neuen DDG-Zertifikates zur Verbesserung der Behandlungsqualität von stationären Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes in Krankenhäusern ohne fachdiabetologische Abteilung sowie die Nationale Versorgungsleitlinie für die Therapie des Typ-2-Diabetes, um nur einige der aus meiner Sicht wichtigsten Projekte zu nennen. Vor diesem Hintergrund sollte der zweite Satz in Ihrer Frage richtiger heißen: „Die DDG hat viel erreicht.“ Dem kann ich zustimmen.

Stephan Matthaei

Was ist für Sie das größte Glück?
Gemeinsame Zeit mit der Familie.

Welche kleinen Sünden begehen Sie manchmal?

Zu viel Schokolade beim Lesen.

Welche Eigenschaft schätzen Sie an sich selbst am meisten?

Ohne diese Eigenschaft nur annähernd erreicht zu haben, halte ich den Spruch über dem der Spielerdurchgang zum Centre Court in Wimbledon für anstrengenswert: „If you can meet with triumph and disaster and treat those two impostors just the same.“

Welchen Roman hätten Sie gern geschrieben?

Anna Karenina.

Mit wem möchten Sie an der Bar ein Bier trinken?

Mit einem(r), der(die) die oben genannte Eigenschaft schon lebt.

Ihre Lieblingsfarbe?

Blau/Weiß mit schwarzer Raute.



Eine Bilanz, die für sich spricht. Herr Dr. Siegel, Sie übernehmen die Präsidentschaft der DDG für die kommenden zwei Jahre und folgen Professor Matthaei nach. Gibt es ein spezielles Schwerpunktthema, das Sie vorbringen wollen? Welche Akzente möchten Sie setzen?

Siegel: Die DDG ist mittlerweile eine der größten und ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Dennoch verliert die Diabetologie an Einfluss. Die Anzahl diabetologischer Lehrstühle, das Rückgrat der diabetologischen Praxis, nimmt ab und damit auch die Anzahl der Studenten, die am Ende ihrer Ausbildung überhaupt irgendeine Art diabetologischer Ausbildung erfahren können. Wir stehen vor gewaltigen Veränderungen mit berufs-, patientenspezifischen und gesundheitspolitischen Dimensionen. Diese Veränderungen müssen wir in unsere zukunftsorientierte Betrachtung einbeziehen.

Die DDG ist die einzige Fachgesellschaft, die wirkliche Interdisziplinarität bietet. Als Bildungsanbieter müssen wir unsere aktive Rolle ausbauen. Mit der Entwicklung einer nationalen Diabetesstrategie, wie sie die UN und die WHO seit Langem fordern, sind darüber hinaus der Aufbau eines nationalen Diabetesregisters, transsektorale Versorgungsstrukturen, Versorgungsforschung und Qualitätssicherung dringend notwendig. In diese Prozesse miteingebunden zu werden und sie aktiv mitzugestalten, werden wesentliche Aufgaben sein. Sie sehen, da kommen enorme Herausforderungen auf uns zu, die wir nur gemeinsam lösen können.

In der Bundesrepublik leben sechs Millionen Menschen mit Diabetes Typ 1 und Typ 2. Die Zahl der Betroffenen steigt weiter dramatisch an. Wo sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Hebel, um diese Pandemie in den Griff zu bekommen?

Matthaei: Um bei dieser bedrohlichen Entwicklung eine Weichenstellung zu erreichen, bedarf es einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung unter Einbeziehung multipler verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen. Eine solche Maßnahme ist die Schaffung von Anreizsystemen, die einen gesünderen Lebensstil – auch pekuniär – erstrebenswert erscheinen lassen, etwa durch Verteuerung ungesunder und Verbilligung gesunder Lebensmittel. Aber auch Gesundheitserziehung vom Kleinkindesalter an, gesunde Ernährung in KiGa, Kita und Schule unter Verzicht auf zuckerhal-

tige Getränke und körperliche Aktivität sind wichtig. Aber all diese Maßnahmen werden natürlich erst nach Jahren greifen.

Siegel: Im modernen Chronic-Care-Management, also einer Verknüpfung von Prävention und Versorgung, liegt sicherlich die Zukunft in der Versorgung von Menschen mit Diabetes.

Offenbar ist das Problem vielschichtig. Gibt es eine Botschaft, die Sie gerne der Politik zukommen lassen würden?

Matthaei: Aufgabe der Politik ist es, im Dialog mit den medizinischen Experten entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Die nationale Diabetes-Strategie von diabetesDE und DDG stellt hierbei einen Anfang dar, mit den politischen Entscheidungsträgern in den Dialog zu treten, um über Lösungsmöglichkeiten für die drängenden Probleme in diesem Kontext zu diskutieren.

Siegel: Vonseiten der Kostenträger ist die Bereitschaft zur Innovation und zum Initiieren neuer Versorgungskonzepte heute so gering wie lange nicht. Die Politik muss hier wieder Anreize schaffen, um sektorenübergreifend und populationsorientiert angelegte Versorgungsprojekte zu entwickeln. Darüber hinaus bedarf es der Förderung der Versorgungsforschung. Ein fester prozentualer Anteil der Leistungsausgaben muss dafür vorgesehen werden. Auf diesem Weg könnte auch evaluative Versorgungsforschung neuer Versorgungsmodelle mitfinanziert werden. Dies muss explizit neben dem erklärten Ziel einer nationalen Diabetesstrategie in den kommenden Koalitionsvertrag mit aufgenommen werden. Schließlich muss das Nutzenbewertungsverfahren (AMNOG) grundsätzlich überprüft werden.

Die Frage, wie künftig genug diabetologischer Nachwuchs zur Verfügung stehen kann, war Ihnen wichtig, Professor Matthaei. Auch Sie, Dr. Siegel, haben bereits erklärt, die Ausbildungssituation in der Diabetologie sei besorgniserregend. Wie kann man Ihrer Meinung nach mehr diabetologisch geschulte Ärzte gewinnen, um die Herausforderungen der Zukunft zu meistern?

Matthaei: Hierbei gilt es, den Studenten schon während des Studiums und später den jungen Assistenzärzten in den Krankenhäusern die Faszination unseres Fachgebietes durch entsprechende Fortbildungsan-

gebote nahezubringen und sie auf diese Weise für die Diabetologie zu begeistern.

Siegel: Hierfür benötigen wir unter anderem eine ausreichende Anzahl an diabetologischen Lehrstühlen. Die Schaffung eines Facharztes für Innere Medizin und Diabetologie ist Voraussetzung, um die spezialfachärztliche Ebene adäquat abzubilden.

Professor Matthaei, welche Tipps würden Sie Ihrem Nachfolger geben?

Matthaei: Außer dem wichtigen Tipp, sein Sporthetz für die „Raute“ zu öffnen und endlich HSV-Fan zu werden, um so der absehbaren Hoffenheim-induzierten Depression noch rechtzeitig vor Antritt der Präsidentschaft zu entgehen, benötigt Erhard Siegel keinerlei Tipps von mir. Mit ihm hat die DDG eine exzellente Wahl getroffen. Erhard Siegel kennt die vielfältigen Facetten unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft aus langjähriger Tätigkeit in unterschiedlichen Gremien gut und ist darüber hinaus durch seine unaufgeregte Souveränität bestens geeignet, die DDG in den kommenden zwei Jahren sicher durch die aktuellen Herausforderungen zu führen.

Erhard Siegel

Was ist für Sie das größte Glück?
Mein größtes Glück ist und bleibt die Familie. Ein großes Glück sind auch zufriedene Patienten.

Welche kleinen Sünden begehen Sie manchmal?

Dass ich das, was ich zur Prävention des Diabetes erzähle, selbst nicht immer einhalte.

Welche Eigenschaft schätzen Sie an sich selbst am meisten?

Dass ich gelassen und ziemlich zufrieden bin.

Welchen Roman hätten Sie gern geschrieben?

Die Zeitmaschine.

Mit wem möchten Sie an der Bar ein Bier trinken?

Mit interessanten Menschen, die etwas zu erzählen haben und das Bierchen gut untermalen.

Ihre Lieblingsfarbe?

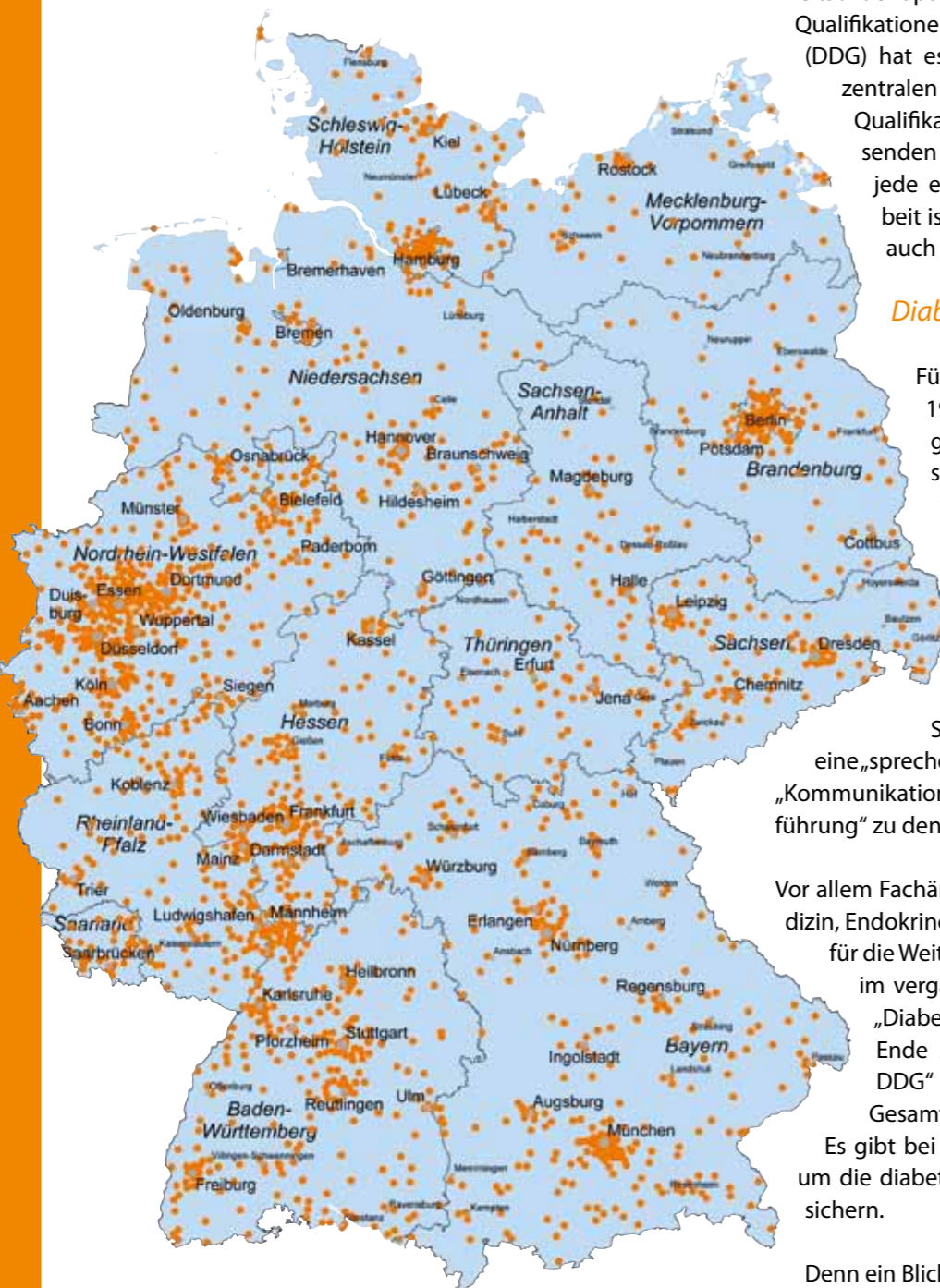
Blau/Weiß ohne Raute.



Wir brauchen diabetologische Kompetenz

In Deutschland leben sechs Millionen Menschen, die an Diabetes erkrankt sind – Tendenz steigend. Zugleich wird unsere Gesellschaft immer älter. Eine wachsende Zahl an Diabetespatienten bis ins hohe Alter gut zu versorgen, zählt daher zu den großen

Regionale Verteilung der Diabetologen DDG



Diabetologen DDG •

Herausforderungen in unserem Gesundheitssystem. Dies kann nur gelingen, wenn ausreichend Fachpersonal zur Verfügung steht.

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind komplexe Erkrankungen, die das gesamte Organsystem von Kopf bis Fuß betreffen. Um die unterschiedlichen Krankheitsbilder optimal zu behandeln, bedarf es spezieller Qualifikationen. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat es sich als Fachgesellschaft daher zur zentralen Aufgabe gemacht, die erforderlichen Qualifikationen in hochwertigen und umfassenden Weiterbildungen zu vermitteln. Da jede erfolgreiche Diabetestherapie Teamarbeit ist, bildet die DDG sowohl ärztliches als auch nichtärztliches Personal weiter.

Diabetologe DDG

Für interessierte Ärzte bietet die DDG seit 1995 die Qualifizierung zum „Diabetologen DDG“ an. Die Zusatzbezeichnung steht für einen Experten, der eine umfangreiche zweijährige Weiterbildung in einer von der DDG-anerkannten Einrichtung durchlaufen und an Fortbildungskursen der DDG teilgenommen hat. Die Weiterbildung vermittelt sowohl Wissen über Diabetes mellitus Typ 1 als auch Typ 2 und Sonderformen. Da die Diabetologie eine „sprechende Medizin“ ist, gehört auch ein Kurs „Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung“ zu den festen Bestandteilen der Ausbildung.

Vor allem Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Endokrinologie oder Pädiatrie interessieren sich für die Weiterbildung. Insgesamt 162 Ärzte haben im vergangenen Jahr die Zusatzbezeichnung „Diabetologe DDG“ erworben – damit gab es Ende 2012 insgesamt 3.940 „Diabetologen DDG“ in der Bundesrepublik. Auch wenn die Gesamtzahl seit Jahren kontinuierlich steigt: Es gibt bei Weitem nicht genügend Spezialisten, um die diabetologische Gesundheitsversorgung zu sichern.

Denn ein Blick auf die Statistik zeigt, dass annähernd 40 Prozent der heute tätigen Diabetologen DDG über 50 Jahre alt sind und in absehbarer Zeit die Altersgrenze

erreichen. Auch die regionale und lokale Verteilung der Diabetologen ist recht unterschiedlich. Die DDG setzt sich daher stark dafür ein, junge Mediziner in einem frühen Stadium ihrer Ausbildung für das Fach Diabetologie zu begeistern.

Bundesland	Diabetologen DDG	Einwohner je Diabetologe DDG
Bremen	15	44.086
Berlin	85	41.198
Baden-Württemberg	286	37.714
Nordrhein-Westfalen	480	37.170
Niedersachsen	218	36.300
Hessen	179	34.034
Bayern	384	32.801
Saarland	31	32.688
Sachsen	218	18.977
Hamburg	96	18.737
Schleswig-Holstein	214	13.260
Thüringen	255	8.710
Rheinland-Pfalz	535	7.475
Brandenburg	358	6.971
Mecklenburg-Vorpommern	251	6.512
Sachsen-Anhalt	367	6.303

Die Anzahl der Einwohner je Diabetologe.

Assistenzberufe

Neben der Versorgung durch einen kompetenten Arzt braucht es begleitend eine qualifizierte Beratung der Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit, häufig auch eine umsichtige Assistenz bei der Wundbehandlung des Diabetischen Fußsyndroms. Die DDG bietet daher Absolventen ärztlicher Assistenzberufe die Weiterbildung zur Diabetesberaterin DDG, Diabetesassistentin DDG und Wundassistentin DDG an. Im Jahr 2012 konnte die DDG 193 Diabetesberaterinnen ausbilden, 229 Diabetesassistentinnen und 259 Wundassistentinnen.

Diabetesberaterin

Vor allem an der Weiterbildung zur Diabetesberaterin zeigt sich seit Jahren ein gleichbleibend hohes Interesse. Voraussetzung für die Weiterbildung zur Diabetesberaterin ist der Abschluss in einem für die Weiterbildung zugelassenen medizinischen Grundberuf. Darüber hinaus gilt als Zulassungsvoraussetzung der

Nachweis einer Tätigkeit in einem Krankenhaus, einer Praxis oder Rehabilitationsklinik unter Anleitung eines Diabetologen im Umfang von 584 Stunden. Ziel der Ausbildung ist, als qualifizierte Fachkraft die Betreuung und Beratung von Patienten mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie von Schwangeren mit Gestationsdiabetes zu übernehmen – der Patient soll in die Lage versetzt werden, seine Krankheit im Alltag eigenständig und kompetent zu bewältigen. Die Ausbildung, die 1983 von der DDG auf den Weg gebracht wurde, findet an fünf Orten in Deutschland statt: in Trier, Rheine, Jena, Bad Mergentheim und Regensburg. Alle Weiterbildungsstätten arbeiten nach einem einheitlichen Curriculum. Diabetesberaterinnen haben die Wahl zwischen angestellter oder selbstständiger Tätigkeit.

Diabetesassistentin/Wundassistentin

Auch für die Weiterbildung zur Diabetesassistentin oder Wundassistentin ist der Abschluss in einem medizinischen Ausbildungsberuf Voraussetzung. Diabetesassistentinnen werden in erster Linie für die Schulung und Betreuung von Diabetespatienten Typ 2 ausgebildet. Dabei untersteht ihre Tätigkeit immer der Leitung des verantwortlichen Arztes und ist eingebettet in die therapeutische Vorstellung des jeweiligen Behandlungsteams. Wundassistentinnen sind Spezialisten für die Prävention und Wundbehandlung des Diabetischen Fußsyndroms. Sie dokumentieren Wunden, legen Verbände an, kontrollieren und unterstützen den Heilungsprozess in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. Beide Weiterbildungen umfassen theoretischen Unterricht und eine umfangreiche Hospitation.

Weiterbildung lohnt sich

Die Weiterbildungsangebote der DDG sichern nicht nur eine qualifizierte Patientenversorgung, sie bieten auch attraktive Karrieremöglichkeiten – im ambulanten wie stationären Bereich. Potenzielle Arbeitgeber achten bei Neueinstellungen darauf, welche Zusatzqualifikationen vorhanden sind. In einigen Bundesländern ist das Entgeltsystem bereits an die Qualifikation der Mitarbeiter gebunden. Daher lohnt sich eine Weiterbildung bei der DDG in dreifacher Hinsicht – für den Patienten, den Arbeitgeber und den Weitergebildeten.



Die aktuellen Kurstermine der DDG sowie die Kursorte finden Sie unter: www.ddg.info/weiterbildung

Zertifizierung von Behandlungseinrichtungen

Diabetes ist eine vielschichtige Erkrankung, deren Behandlung große Expertise erfordert. Doch wie können Patienten erkennen, dass eine Praxis oder Klinik über entsprechende Kompetenz verfügt? Die Zertifizierungen der DDG bieten eine klare Orientierung. Patienten, die sich in DDG-zertifizierte Kliniken und Praxen begeben, können sicher sein, leitliniengerecht auf höchstem Qualitätsniveau behandelt zu werden.

Neues Zertifikat für Diabetes als Nebendiagnose

Zur Wahl stehen vier verschiedene Zertifikate. Seit 2005 zertifiziert die DDG diabetesspezifische Behandlungseinrichtungen mit den Zertifikaten „Basisanerkennung DDG“ oder „Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement“. Die Zertifizierungen können für unterschiedliche Schwerpunkte beantragt werden – für die Behandlung von Typ-1-Diabetes, von Typ-1- und Typ-2-Diabetes oder für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus. Auch Fußbehandlungszentren begleitet die DDG in einem Zertifizierungsprozess.

Seit vergangem Jahr ist ein neues Zertifikat hinzugekommen: „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“. Es soll die Versorgungsqualität für Patienten sichern, die wegen einer anderen Erkrankung ins Krankenhaus kommen – z.B. für eine Hüftoperation – deren Diabetes dabei aber als „Nebendiagnose“ beachtet

Bundesland	Behandlungseinrichtungen	Einwohner je Einrichtung
Berlin	9	389.096
Niedersachsen	21	376.833
Saarland	3	337.784
Mecklenburg-Vorpommern	5	326.946
Brandenburg	8	311.954
Sachsen-Anhalt	8	289.160
Thüringen	8	277.652
Baden-Württemberg	41	263.078
Schleswig-Holstein	13	218.280
Bayern	62	203.159
Hamburg	9	199.870
Sachsen	22	188.047
Hessen	34	179.180
Bremen	4	165.325
Nordrhein-Westfalen	125	142.735
Rheinland-Pfalz	34	117.621

werden muss. Das trifft jährlich auf mehr als zwei Millionen Menschen zu. Die ersten Anträge auf Zertifizierung liegen der Geschäftsstelle vor.

Mindestbehandlungszahlen

Allen Zertifizierungen liegen hohe Qualitätsstandards zugrunde, von besonderer Bedeutung sind unter anderem die Behandlungszahlen. Im ambulanten Bereich müssen pro Quartal 200 Menschen mit Diabetes Typ 2 und/oder 50 Menschen mit Diabetes Typ 1 leitliniengerecht behandelt werden, falls auch eine Zertifizierung für den Diabetes mellitus Typ 1 angestrebt wird. Im stationären Bereich beziehen sich diese Zahlen aufs Jahr. Bei pädiatrischen Einrichtungen ist nachzuweisen, dass mindestens 30 Kinder und Jugendliche mit Diabetes in Dauerbetreuung pro Jahr behandelt werden. Die Anerkennung der Zertifikate gilt für jeweils drei Jahre und muss dann durch einen Folgeantrag erneuert werden.

Hohe Qualitätsstandards

Für die Anerkennung als „Diabetologikum DDG“ gehören zu den personellen Voraussetzungen zwei Diabetologen DDG und zwei Diabetesberaterinnen DDG im stationären Bereich sowie ein Wundmanager und ein Psychologe. Im ambulanten Bereich ist je ein Diabetologe und eine Diabetesberaterin erforderlich sowie eine Kooperation mit einem Wundmanager und einem Psychologen. Auch das Pflegepersonal muss in der Diabetestherapie erfahren sein. Des Weiteren wird ein externer Auditor hinzugezogen. Bescheinigt er, dass die Strukturen der Einrichtung den Qualitätsmaßstäben der DDG entsprechen, erhält man eine Zertifizierung als „Diabetologikum DDG“.

Die „Basisanerkennung DDG“ verlangt einen Diabetologen sowie eine Diabetesassistentin, sofern in der Einrichtung nur Diabetes Typ 2 behandelt wird. Werden auch Menschen mit Typ-1-Diabetes versorgt, so ist außerdem eine Diabetesberaterin erforderlich und ein Wundmanager mit mindestens einer halben Stelle.

Für die Fußbehandlungszentren DDG werden ähnlich hohe Qualitätsstandards erwartet. Zu den Mindestkriterien gehören zum Beispiel die Beschäftigung eines Diabetologen DDG, eines Diabetesberaters DDG oder Diabetesassistenten DDG sowie eines Wundassistenten DDG, Wundexperten oder Podologen DDG. Mindestens ein Behandlungsraum muss ausschließlich für

Bundesland	Fußeinrichtungen	Einwohner je Einrichtung
Brandenburg	2	1.247.817
Saarland	1	1.013.352
Sachsen-Anhalt	3	771.093
Baden-Württemberg	15	719.081
Niedersachsen	12	659.458
Schleswig-Holstein	5	567.528
Mecklenburg-Vorpommern	3	544.911
Sachsen	8	517.131
Bayern	27	466.514
Hessen	17	358.360
Rheinland-Pfalz	18	222.173
Thüringen	10	222.122
Berlin	18	194.548
Nordrhein-Westfalen	120	148.683
Hamburg	14	128.488

Deutschlandweites Versorgungsnetz

Mit den Zertifizierungen der DDG entsteht in der Bundesrepublik ein Netz aus Einrichtungen, die hohe Qualitätsstandards garantieren. Bis Ende 2012 waren 402 Einrichtungen von der DDG anerkannt, davon 314 mit „Basisanerkennung DDG“ und 88 als „Diabetologikum DDG“. Eine Zertifizierung für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms konnten bis Ende vergangenen Jahres insgesamt 280 Einrichtungen vorweisen.

Zertifizierte Einrichtungen DDG



die Wundbehandlung zur Verfügung stehen. Für die Gefäßdiagnostik ist ein Doppler-Ultraschallgerät unabdingbar. Ein Hygieneplan und eine MRSA-Behandlungsstrategie müssen ebenfalls nachgewiesen werden.

Auch die Anforderungen für das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ sind klar definiert. Erforderlich ist unter anderem, dass alle Patienten mit Diabetes mellitus durch einen diabetologisch versierten Arzt mitbehandelt werden sowie ein Notfallmanagement bei Über- und Unterzuckerung und ein operationsbegleitendes Diabetesmanagement. Für die Stationen sind diabetologisch versierte Pflegekräfte fortzubilden. Wichtig: Der verantwortliche Diabetologe muss eine abteilungsübergreifende Entscheidungskompetenz besitzen.

- Behandlungseinrichtungen Basisanerkennung DDG
- Behandlungseinrichtungen Diabetologikum DDG
- Fußbehandlungseinrichtungen DDG

Weitere Informationen finden Sie unter: www.ddg.info/zertifizierung

„Diabeteskompetenz – von der Narkose bis zur Nachsorge“

Vorsichtig setzt Nicole Kuschorreck ihren Fuß auf den Boden. Die 41-Jährige humpelt noch, trägt einen dicken weißen Verband. Sie versucht, neben dem Krankenhausbett zu stehen. „Ich war vollkommen ahnungslos, was eigentlich los ist“, beginnt die Berlinererin zu erzählen. Angefangen hatte alles mit einem kleinen Hautriss unter dem Zeh. „Dann lag ich eine Zeit lang mit Grippe flach im Bett“, erinnert sie sich. „Als ich meine Socken wieder auszog, war plötzlich der halbe Fuß entzündet.“ Der Arzt wies sie sofort ins Jüdische Krankenhaus in Berlin ein.

Routinemäßige Blutzuckerkontrolle

Eine richtige Entscheidung, wie sich zeigen sollte. In der Rettungsstelle wurde Nicole Kuschorreck sofort Blut abgenommen und auf die Blutzuckerwerte untersucht. „Das machen wir bei allen Patienten, die von uns aufgenommen werden“, erklärt Peggy Meyer, Ärztliche Leiterin des Zentrums für Gastroenterologie und Diabetologie am Jüdischen Krankenhaus. Im Fall von Nicole Kuschorreck stellte sich so schnell heraus, dass die KFZ-Mechanikerin an Diabetes litt – der entzündete Fuß war eine Folge der erhöhten Blutzuckerwerte.

Das routinemäßige Screening der Patienten auf erhöhte Glukosewerte ist eine von mehreren Maßnahmen im Jüdischen Krankenhaus, die sicherstellen sollen, dass kein Patient mit unentdecktem Diabetes behandelt wird – und jeder Patient mit Diabetes eine Therapie abgestimmt auf seine Grunderkrankung erhält. Sobald das Labor erhöhte Blutzuckerwerte findet, geht automatisch ein Fax im Büro von Peggy Meyer ein. Dann übermittelt die 44-jährige Diabetologin innerhalb von 24 Stunden an die behandelnde Abteilung, welche Maßnahmen der Patient zusätzlich benötigt. „Von diesem Zeitpunkt an wird der Diabetes für die Dauer des Krankenhausaufenthalts Tag und Nacht im Auge behalten und mitbehandelt“, erklärt Peggy Meyer. Egal, auf welcher Station der Patient liegt.

Zertifikat „Nebendiagnose Diabetes“

Diese Abläufe sind Grundvoraussetzung, um das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ zu erwerben. Die Mitarbeiter des Jüdischen Kranken-

hauses haben hier die Nase weit vorn. Die Berliner Klinik ist eines der ersten Häuser, die dieses Zertifikat zur Behandlung der Nebendiagnose Diabetes erhalten werden. Das wäre ein wichtiges Qualitätsmerkmal für mehr als zwei Millionen Diabetespatienten, die sich jedes Jahr zur Behandlung einer anderen Erkrankung wie etwa Hüftarthrose oder verengte Herzkranzgefäße in eine Klinik begeben. Sie sollen sicher sein, dass ihr Diabetes zu jedem Zeitpunkt angemessen berücksichtigt wird, von der Narkose bis zur Nachsorge. Wichtig aber auch für alle Patienten, die in eine Klinik kommen und gar nicht ahnen, dass sie an Diabetes erkrankt sind. „Wir entdecken jeden Monat bei fünf bis sechs Patienten einen Diabetes neu“, so Peggy Meyer.

Eine solche Leistung erfordert spezielle fachliche Ressourcen. Peggy Meyer hat in ihr Büro geladen, sie will diese Voraussetzungen erläutern. Die gebürtige Schwerinerin hat ihr kleines Spezialteam um sich versammelt. Während die Ärztin souverän den Kaffeeautomaten bedient und Latte macchiato serviert, beginnt sie mit der Aufzählung. Erste Voraussetzung ist ein diabetesversierter Arzt in der Klinik. „Hinzu kommen auf jeder Station – ob Chirurgie oder Intensiv – zwei Schwestern, die mindestens zwölf Stunden Fortbildung in Diabetologie erhalten haben.“ Sie sind dafür verantwortlich, dass die Laborwerte jedes Patienten überwacht werden. „So ist jeder Patient mit Diabetes auf jeder Station gut aufgehoben, weil überall genaue Informationen vorliegen, wie mit ihm umzugehen ist“, sagt sie.

Qualifiziertes und motiviertes Personal

Für Peggy Meyer ist das aber noch nicht ausreichend. „Nötig ist auch eine Diabetesassistentin für die Beratung und Schulung des Patienten“, betont sie. „Der Arzt kann Insulin verordnen. Aber wer lernt den neu diagnostizierten Diabetespatienten an, den Blutzucker richtig zu messen und sich das Insulin zu spritzen? Der Betroffene liegt nach einer Operation ja erst einmal stationär und kann nicht sofort eine Schwerpunktpraxis aufsuchen, die ihn in die Diabetestherapie einweist.“ Peggy Meyer hat sich deshalb die Diabetesberaterin Julia Lubisch (30) und Diabetesassistentin Ewa Dabrowska (54) zur Seite gestellt. Die junge, gut ausgebildete Berlinererin und die erfahrene, diabetesversierte

Krankenschwester aus Breslau verstehen sich mit ihrer Chefin als eine Einheit. Als Team, dessen Ehrgeiz darin liegt, jedem Diabetespatienten zum bestmöglichen Umgang mit seiner Erkrankung zu verhelfen.

„Dabei ist oft viel Fingerspitzengefühl gefragt“, erzählt Julia Lubisch. Sie führt zusammen mit Ewa Dabrowska Schulungen über die Erkrankung, über Injektions- und Messtechniken durch. „Wichtig ist der Erstkontakt mit dem Patienten“, meint Julia Lubisch. Es müsse eine Beziehung entstehen, man müsse einschätzen können, wie der Patient tickt. „Viele Frauen fühlen sich durch die Frage, ob sie Kinder haben, persönlich angesprochen. Sie sind dann motiviert, zur Schulung zu kommen.“ Bei Männern hat Julia Lubisch mit einem anderen Zugang gute Erfahrungen gemacht. „Männer kann man häufig über die Technik gewinnen, sie vergleichen gerne Messgeräte.“ Wenn es darum geht, Patienten für die Schulungen zu begeistern, zeigt sich die Diabetesberaterin erfindungsreich. Sie gibt nicht gerne auf. „Wir hatten auch Patienten, die kein Deutsch verstanden“, erinnert sich Julia Lubisch. „Dann muss man sich eben mit Zeichensprache und Bildern weiterhelfen.“

Therapie folgt den Lebensgewohnheiten

Die Therapie muss sich den Lebensgewohnheiten anpassen, nicht umgekehrt. Davon ist auch Peggy Meyer überzeugt. „Wenn ein Patient gewohnt ist, alle zwei bis drei Stunden zu essen, bekommt er ein spezielles Insulin, das ihm diesen Rhythmus erlaubt.“ Der erhobene Zeigefinger bringt in der Diabetestherapie nichts, da ist sich die Wahlberlinerin sicher. Einen Döner essen? Kein Problem, meint Peggy Meyer. „Solange die Erkenntnis da ist: Nach dem Döner steigt der Blutzuckerspiegel, das muss ich einkalkulieren.“

Ein gutes Beispiel für lebensnahe Schulung ist das Diabetiker-Frühstück im Jüdischen Krankenhaus. „Es ist sehr beliebt, auch Patienten von anderen Stationen kommen“, berichtet Ewa Dabrowska. Sie betreut die Runde, die montags bis freitags von 8.00 bis 9.30 Uhr in einem Gruppenraum stattfindet. In gemütlicher Atmosphäre erklärt die lebensfrohe Krankenschwester, wie schmackhaft und unkompliziert Essen sein kann, das sich günstig auf den Blutzuckerspiegel auswirkt. Statt Schrippe liegen Schusterjunge oder Vollkornbrötchen auf dem Servierwagen. Ewa Dabrowska lächelt. „Damit können sich viele anfreunden.“



Diabetes-Team dacht am Patienten: Patientin Nicole Kuschorreck, Diabetesberaterin Julia Lubisch, Dr. Peggy Meyer und Diabetesassistentin Ewa Dabrowska (v.l.n.r.).

Positive Resonanz und bessere Wirtschaftlichkeit

Diese Art der umfassenden, praxisnahen Ausrichtung auf Diabetespatienten stößt auf positive Resonanz. „Wir hören oft von Patienten: Wir waren mehrmals im Krankenhaus und wurden operiert – aber um unseren Diabetes hat sich dabei bisher niemand gekümmert“, erzählt Peggy Meyer. Auch von den Hausärzten erfährt das Jüdische Krankenhaus Zuspruch. „Wir werden zunehmend zu Fortbildungen eingeladen, um über unsere Zertifizierung zu berichten.“ Nebenbei steigert das Zertifikat auch die Erlöse, was das Controlling erfreut. „Wir haben im ersten Jahr durch bessere Erfassung der Diagnosen ein Plus von 40.000 € erwirtschaftet“, berichtet Peggy Meyer. Zugleich sank die Verweildauer der Patienten um einen Tag. Grund: Ist der Diabetes gut eingestellt, sinken Komplikationsraten aufgrund von Nierenversagen, Lungenentzündung und Wundheilungsstörungen.

Nicole Kuschorreck jedenfalls fühlte sich im Jüdischen Krankenhaus gut aufgehoben. Noch vor ihrer ersten Notfalloperation am Fuß erhielt sie Insulin, um die Blutzuckerwerte zu stabilisieren. Anschließend besuchte sie die hausinternen Diabetesschulungen. „Man lernt viele Tipps und Tricks“, sagt Nicole Kuschorreck. Sie ist froh, dass der Diabetes bei ihr entdeckt wurde, nachdem schon Mutter und Oma daran erkrankt sind. „Ich muss damit leben. Jetzt werde ich einiges in meinem Alltag ändern.“

Leitlinien – Herzstück der Versorgung

Bei der DDG gibt es Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), DDG-eigene evidenzbasierte Leitlinien, Praxisempfehlungen und Patienten-Leitlinien. Die Leitlinien-Arbeit gehört zu den Kernaufgaben der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Die Leitlinien-Entwicklung ist gleichzeitig eine der anspruchsvollsten und aufwändigsten Tätigkeiten. Doch sie schafft die Voraussetzung dafür, dass neueste wissenschaftliche Erkenntnisse von Experten bewertet ihren Weg in den Alltag von Klinik und Praxis finden. Damit sind sie unverzichtbares Herzstück der Diabetologie.

18 evidenzbasierte Leitlinien, 15 Praxisempfehlungen und drei Patientenleitlinien sind heute von der DDG verfügbar – sechs davon sogar für den internationalen Gebrauch in englischer Fassung. Mit dieser Zahl von über 35 wissenschaftlich basierten Leitlinien gehört die DDG zu den Spitzenreitern in der wissenschaftlichen Community.

Doch diese Zahl sagt nichts über die mühevollen Kleinarbeit, den zum Teil langwierigen Abstimmungsprozessen, den Nachtschichten und Wochenendsitzungen, die jeder Leitlinien-Entstehung vorausgehen. Das gilt insbesondere für die Leitlinien, die den höchsten Evidenzgrad S 3 ausweisen, von denen die DDG besonders viele hat. Bedenkt man, dass ein großer Teil dieser

Klassifizierung von Leitlinien

Leitlinien werden in drei auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt:

- S 1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet. Ergebnis: Empfehlungen.
- S 2: eine formale Konsensfindung („S2k“) und/oder eine formale „Evidenz“-Recherche („S2e“) hat stattgefunden.
- S 3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung. Dazu gehört eine Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse. Diesen Leitlinien liegt ein sehr komplexer und systematischer Prozess zugrunde.

Nationale Versorgungsleitlinien entsprechen methodisch der Klasse S 3. Ähnlich wie fast alle DDG-Leitlinien weisen sie die höchste Evidenzstufe auf.

Arbeit ehrenamtlich von Wissenschaftlern, Ärzten und anderen Experten geleistet wird, ist die Zahl besonders beeindruckend. Doch entscheidender als die Zahl ist die Qualität der jeweiligen Leitlinie und ihre Anwendung im klinischen Alltag. Nur wenn dieser Transfer gelingt, hat sich die Arbeit gelohnt.

Hierfür spielen insbesondere die „Praxisempfehlungen“ der DDG eine wichtige Rolle. Anders als die zum Teil sehr umfangreichen wissenschaftlichen Leitlinien konzentrieren sie sich auf die Aussagen, die für den Arzt unmittelbar in der Versorgung seiner Patienten wichtig sind. 2012 hat die DDG fünf dieser Leitlinien aktualisiert – allesamt zu sehr wichtigen, in der Praxis häufig auftretenden Fragestellungen. Diese fangen bei der Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus an und beschäftigen sich im Detail mit Themen wie Diabetes im Alter, Gestationsdiabetes und Diabetes und Schwangerschaft. Auch das Thema Neuropathie konnte nach einer längeren Unterbrechung wieder mit aufgenommen werden – nicht zuletzt, weil dazu nun auch eine neue Nationale Versorgungsleitlinie vorliegt.

Gemeinsam Orientierung bieten

Neben den eigenen Leitlinien beteiligt sich die DDG mehr und mehr an Nationalen Versorgungsleitlinien. Sie entstehen unter der Koordination des Ärztlichen Zentrums für Qualitätssicherung (ÄZQ). Die DDG profitiert hierbei von der professionellen Infrastruktur, die das ÄZQ für die Leitlinien-Entwicklung zur Verfügung stellt. In dieser Kooperation sind 2012 zwei neue Leitlinien entstanden – eine zur „Neuropathie im Erwachsenenalter“, eine weitere zum Thema „Strukturierte Schulungsprogramme“ bei Diabetes.

Ein wesentlicher Vorteil der Zusammenarbeit mit dem ÄZQ liegt auf der Hand: So werden Leitlinien interdisziplinär und fächerübergreifend erarbeitet. Gemeinsam lässt sich ein breiterer Konsens für Empfehlungen, Grenzwerte und Behandlungspfade finden.

Das schafft dann auch die notwendige Basis dafür, dass die Leitlinie flächendeckend umgesetzt wird. Bei der NVL zur Neuropathie waren insgesamt 13 Fachgesellschaften beteiligt – neben den Diabetologen auch Kardiologen, Neurologen und Unfallchirurgen. Besonders wichtig war hierbei die Beteiligung der Hausärzte und ihrer wissenschaftlichen Vertretung, der Deutschen

Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Denn sie sind es, die einen Großteil der Menschen mit Diabetes betreuen. Die DEGAM ist neben der DDG und dem Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) auch an der NVL zu den strukturierten Schulungsprogrammen beteiligt.

Die DDG engagiert sich seit vielen Jahren für die Weiterbildung und Qualifikation von Diabetesberatern und -beraterinnen, die Menschen mit Diabetes im wichtigen Selbstmanagement schulen. Trotzdem gibt es Versorgungslücken. Ziel der NVL ist es deshalb, flächendeckende Schulungsangebote für Menschen mit Diabetes zu implementieren, die Anzahl der geschulten Patienten zu erhöhen und sicherzustellen, dass qualitätsgesicherte Schulungsprogramme auch ihre Umsetzung finden.

Herausforderungen Therapie Typ-2-Diabetes

Dieses Beispiel zeigt, wie wichtig für solche Themenfelder der nationale Ansatz ist. Hier müssen alle Beteiligten zusammenwirken, damit eine Leitlinie nicht nur auf dem Papier festhält, was für den Patienten gut und richtig ist, sondern es auch flächendeckend umgesetzt werden kann.

Ähnliches gilt für die NVL zur Behandlung von Menschen mit Diabetes Typ 2, die gerade von allen beteiligten Fachgesellschaften konsentiert wurde. Es ist unverzichtbar, dass diejenigen, die Diabetes diagnostizieren, versorgen und behandeln, gemeinsam eine Vorstellung davon haben, wie dies geschehen soll. Nicht immer sind sich alle Akteure einig über das, was auf den zum Teil mehreren 100 Seiten der Leitlinie festgehalten wird. Ein Konsens ist, wenn es um wissenschaftliche Aussagen geht, nicht immer zu finden.

Bei der aktuellen NVL zum Typ-2-Diabetes hat sich die DDG mit der DEGAM deshalb jetzt darauf verständigt, in einer Präambel unterschiedliche Sichtweisen festzuhalten und transparent zu machen. In den Empfehlungen für Klinik und Praxis sind sich Diabetologen und Allgemeinmediziner dann aber zum überwiegenden Teil einig darin, was der richtige Weg ist – zum Wohle der gemeinsamen Patienten.

Evidenzbasierte Leitlinien

- Therapie des Typ-2-Diabetes (NVL)
- Diabetes und Schwangerschaft
- Gestationsdiabetes mellitus
- Therapie des Diabetes mellitus Typ1
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter (NVL)
- Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter (NVL)
- Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms
- Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen (NVL)
- Prävention und Therapie der Adipositas
- Ernährung und Diabetes mellitus
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der diabetischen Retinopathie und Makulopathie
- Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen (NVL)
- Psychosoziales und Diabetes mellitus
- Diagnostik und Therapie von Herzerkrankungen bei Diabetes mellitus
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter
- Diabetes und Sport
- Diabetes – Strukturierte Schulungsprogramme (NVL)

Praxisempfehlungen

- Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus
- Diabetische Nephropathie
- Diabetische Retinopathie und Makulopathie
- Diabetes mellitus und Herz
- Behandlung des Typ-1-Diabetes
- Adipositas und Diabetes mellitus
- Psychosoziales und Diabetes mellitus
- Diabetisches Fußsyndrom
- Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Diabetes mellitus im Alter
- Diabetes, Sport und Bewegung
- Gestationsdiabetes mellitus
- Diabetes und Schwangerschaft
- Diabetische Neuropathie

Patienten-Leitlinien

- Diabetes und Schwangerschaft
- Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes)
- Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter

Pocket-Guidelines

- Typ-1-Diabetes
- Typ-2-Diabetes
- Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus
- Diabetes mellitus bei Frauen
- Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Diabetes mellitus im Alter

Ehrungen und Preise 2012

Impulse für die Forschung zu setzen und Forscher zu fördern, ist der DDG ein wichtiges Anliegen. 2012 wurden 11 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ausgezeichnet und 35 Projekte mit insgesamt 367.942 € gefördert.

Die Preisträger im Überblick.



Paul-Langerhans-Medaille

**Prof. Dr. med. Michael A. Nauck,
Bad Lauterberg**

Die Paul-Langerhans-Medaille ist die höchste Auszeichnung der DDG. Professor Dr. Michael Nauck erhielt sie 2012 für seine außerordentliche Forschungsleistung und für die Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten in der Diabetologie. Seine wissenschaftlichen Interessen gelten insbesondere der Wirkung von Darmhormonen auf die Insulinsekretion. Er veröffentlichte zahlreiche Originalbeiträge zum Glucagon-like Peptide 1. Darüber hinaus beschäftigt er sich mit dem Nachweis von seltenen Insulinomen, den Folgen einer Pankreas-Transplantation für Typ-1-Diabetiker, der Insulintherapie und den Auswirkungen oraler Antidiabetika auf Herzerkrankungen.



Weitere Informationen finden Sie unter: www.ddg.info/forschung/ddg-forschungspreise



Hellmut-Otto-Medaille

**Dr. med. Helmut Kleinwechter,
Kiel**

Preisträger der Hellmut-Otto-Medaille 2012 ist Dr. Helmut Kleinwechter. Er setzt sich seit fünfzehn Jahren für eine bessere Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes ein. Seit 2003 Sprecher der Leitlinien-Experten-Gruppe „Diabetes und Schwangerschaft“ der DDG, koordiniert er mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) die S3-Leitlinien „Diabetes und Schwangerschaft“ und „Gestationsdiabetes“. In der Weiterbildung hat er sich als Referent sowie mit etlichen CME-Beiträgen einen Namen gemacht. Kleinwechter hat zahlreiche Originalarbeiten zu Gestationsdiabetes und Blutglukosemessung publiziert und praxistaugliche Ratgeber für schwangere Patientinnen geschrieben.



Hellmut-Mehnert-Projektförderung

**Dr. med. Andreas Birkenfeld,
Berlin**

Die Hellmut-Mehnert-Projektförderung 2012 wurde Dr. Andreas Birkenfeld zugesprochen. Der Facharzt für Innere Medizin leitet die Arbeitsgruppe „Regulation des Energiestoffwechsels“ im Center for Cardiovascular Research an der Berliner Charité. Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf der Regulation des Lipid- und Glukosestoffwechsels sowie auf der Erforschung des Einflusses von mitochondrialen Funktionen auf diese Metabolismen. Die nach dem renommierten Diabetologen Hellmut Mehnert benannte Förderung wird jedes Jahr für den besten Projektförderantrag gewährt.



Gerhardt-Katsch-Medaille

**Dr. med. Hermann Finck,
Hünfeld**

Die Gerhardt-Katsch-Medaille 2012 ging an Dr. Hermann Finck aus Hünfeld bei Fulda. Damit wurde sein außerordentliches Engagement im Ausschuss „Diabetes und Soziales“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft gewürdigt. Von 1986 bis 2006 arbeitete er im öffentlichen Gesundheitswesen des Kreisgesundheitsamtes Fulda, dessen Leitung er 1988 übernahm. Seit dem Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst ist er in der Diabetesschwerpunktpraxis in Schenkengsfeld in Hessen tätig und engagiert sich als Vertreter des Deutschen Diabetiker Bundes für die Belange von Menschen mit Diabetes.



Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis

**Dr. rer. biol. hum. Christiane Winkler,
München-Neuherberg**

Die Ernährungswissenschaftlerin Dr. Christiane Winkler wurde 2012 mit dem Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis ausgezeichnet. Damit würdigte die DDG ihre herausragenden Forschungsleistungen auf dem Gebiet der Ätiologieforschung des Typ-1-Diabetes im Kindes- und Jugendalter. Dr. Winkler erforscht den Einfluss genetischer Faktoren und Umweltfaktoren auf die Entwicklung von Inselautoimmunität und Typ-1-Diabetes, den Einfluss von genetischen, prä-, peri- und postnatalen Faktoren auf die Gewichtsentwicklung sowie die Bedeutung der Betazellfunktion und Insulinresistenz.

Höhe: 10.000 € – von der Firma Lilly Deutschland GmbH gestiftet.

Empfänger Allgemeine Projektförderung 2012: Dr. med. Peter Achenbach • Effects of Vitamin D3 on immune system and beta-cell function in Type 1 diabetes • 15.000,00 € | Prof. Dr. rer. nat. Simone Baltrusch • Steigerung der hepatischen Glucokinase Enzymaktivität zur Behandlung des Typ 2 Diabetes mellitus • 9.170,00 € | Michael Belz • Der Zusammenhang von mitochondrialer Aktivierung und depolarisationsinduziertem Anstieg der cytosolischen Calciumkonzentration in der Beta-Zelle • 9.400,00 € | Anja Böhm • Epigenetische Charakterisierung humaner viszeraler versus subkutaner Präadipozyten • 9.000,00 € | Dr. rer. nat. Yvonne Böttcher • Globale DNA-Methylierung und Adipositas in Deutschen Sorben • 10.000,00 € | Dipl.-Biol. Maren Carstensen • Einfluss von Sfrp5 auf die subklinische Inflammation und den Insulinsignalweg in humanen Fettzellen in vitro • 9.000,00 € | Dr. rer. nat. Alexandra Chadt • Einfluss der RabGAP-Proteine TBC1D1 und AS160 auf die Funktion pankreatischer β -946-Zellen • 10.000,00 € | Dr. Matthias Elsner • Warum schützen ungesättigte Fettsäuren gegen Lipotoxizität in insulinproduzierenden Zellen? • 10.000,00 € | stud. troph. Theresa Gorski • Palmitat-induzierter ER-Stress und die protektive Wirkung von Oleat und Adipozytokinen in beta-Zellen • 9.000,00 € | Dr. rer. nat. Sabrina Greulich • Rolle von soluble CD14 bei der Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen in Patienten mit Typ-2-Diabetes • 10.000,00 € | Prof. Dr. med. Hans-Peter Hammes • Apelin bei diabetischer Retinopathie - Expression, Regulation und Funktionelle Bedeutung • 15.000,00 € | Dr. med. Martin Heni • Untersuchungen zum Einfluss gesättigter und ungesättigter Fettsäuren auf die Insulinsensitivität humaner Astrozyten • 11.000,00 € | Prof. Dr. phil. Norbert Hermanns • Analyse der Assoziation zwischen Depressionsstatus und Inflammationsmarkern bei Menschen mit Diabetes mellitus • 9.000,00 € | Dr. oec. troph. Sandra Hummel • Untersuchungen des Metabolismus bei Kindern von Müttern mit Gestationsdiabetes während eines Challenge-Tests zur Identifizierung von Risikomarkern und pathophysiologischer Stoffwechselffade der Adipositas • 10.000,00 € | PhD Tomas Jelenik • Unraveling the mechanisms of insulin resistance induced by glucotoxicity • 9.000,00 € | PD Dr. med. Thomas Kapellen • Ketoazidoseprävention bei Manifestation eines Typ-1-Diabetes im Kindes- und Jugendalter • 9.000,00 € | Prof. Dr. med. Harald Klein • Identifizierung des Antigens von spezifisch gegen β -Zellen gerichteten single chain Antikörpern • 15.000,00 € | Dr. rer. med. Nora Klötting • Einfluss von Veränderungen des circadianen Rhythmus auf die Fettzellbiologie • 7.672,00 € | Prof. Dr. med. Michael Nauck • Untersuchung verschiedener Kohlenhydratmengen, die zur Kompensation einer Hypoglykämie neigung während und nach



Werner-Creutzfeldt-Preis

**Prof. Dr. med. Matthias H. Tschöp,
München-Neuherberg**

Die DDG ehrte Professor Dr. Matthias H. Tschöp mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis für seine herausragenden Forschungsleistungen. Er ist ein international anerkannter Wissenschaftler im Bereich der Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus und der Adipositas. Seine Schwerpunkte liegen dabei sowohl auf der Erforschung der molekularen Übertragungswege, die bei Diabetes und Insulinresistenz eine Rolle spielen, als auch auf neuen präventiven und therapeutischen Ansätzen. Er leitet am Helmholtz Zentrum München das Institut für Diabetes und Adipositas.

Höhe: 10.000 € – von der Firma Lilly Deutschland GmbH gestiftet.



Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

**Prof. Dr. med. Michael Roden,
Düsseldorf**

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung ging im vergangenen Jahr an Professor Dr. med. Michael Roden. Damit zeichnete die DDG Professor Rodens Forschungsarbeit auf dem Gebiet des Energiestoffwechsels des Menschen mit den Schwerpunkten Diabetes, Adipositas und hormonell begründete Bluthochdruckerkrankungen aus. Er ist Direktor der Klinik für Innere Medizin/Stoffwechselerkrankungen am Universitätsklinikum Düsseldorf und Leiter der Abteilung für Klinische Diabetologie am Deutschen Diabetes-Zentrum der Leibniz-Gemeinschaft Düsseldorf.

Höhe: 25.000 € – von der Firma Novo Nordisk Pharma GmbH gestiftet.



Ferdinand-Bertram-Preis

**Prof. Dr. med. Mathias Fasshauer,
Leipzig**

Für seine herausragenden Forschungsleistungen auf dem Gebiet der Adipokine wurde Professor Dr. Mathias Fasshauer 2012 mit dem Ferdinand-Bertram-Preis geehrt. Sein Spezialgebiet ist die Regulation und Funktion von zirkulierendem „Adipocyte Fatty Acid Binding Protein“ (AFABP). So gelang der Nachweis, dass AFABP in direkter Abhängigkeit von der Fettmasse abgesondert und über die Nieren eliminiert wird. Darüber hinaus kann AFABP Insulinresistenz induzieren. Aktuell untersucht seine Arbeitsgruppe die Bedeutung von Adipokinen bei Gestationsdiabetes und Präeklampsie.

Höhe: 20.000 € – von der Firma Roche Diagnostics GmbH gestiftet.



DDG-Förderpreis

**Dr. rer. nat. Dorit Schleinitz,
Leipzig**

Für ihre herausragende Promotion und Postdoc-Tätigkeit erhielt Dr. Dorit Schleinitz den Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Die Biotechnologin hat ihre Promotion „summa cum laude“ an der Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie der Universität Leipzig abgeschlossen. Sie forscht seither in der Arbeitsgruppe von Dr. Peter Kovacs am Interdisziplinären Zentrum für Klinische Forschung in Leipzig. Dr. Schleinitz untersucht die Rolle genetischer Variationen verschiedener Gene für die Pathophysiologie von Adipositas und metabolischem Syndrom.

Höhe: 10.000 € – von der Firma Sanofi-Aventis gestiftet.



Menarini-Projektförderung

**Dr. med. Knut Mai,
Berlin**

Die DDG hat die Menarini-Projektförderung im Jahr 2012 an Dr. med. Knut Mai zur Unterstützung seiner Forschungsarbeit verliehen. Der Oberarzt der Charité Campus Mitte ist zugleich Leiter der Forschungsgruppe am Experimental and Clinical Research Center (ECRC) der Charité in Berlin-Buch. Er untersucht unter der Leitung von Professor Dr. med. Joachim Spranger nichtpharmakologische Therapiemöglichkeiten bei Adipositas und Diabetes. Dabei geht es in erster Linie um die Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Adipositas, Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen.

Höhe: 15.000 € – von der Firma Berlin-Chemie gestiftet.



Silvia-King-Preis

**Dr. rer. nat. Maren Pflüger,
München-Neuherberg**

Die DDG hat die Oecotrophologin Dr. Maren Pflüger mit dem Silvia-King-Preis ausgezeichnet. Die Preisträgerin erhält den Förderpreis als Anerkennung für ihre wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich der klinischen Diabetologie. Für ihre Promotion ging sie 2006 an das Institut für Diabetesforschung am Helmholtz Zentrum München unter der Leitung von Professor Dr. med. Anette-Gabriele Ziegler. Mit dem Prädikat „magna cum laude“ promovierte sie zum Thema „Frühkindliche immunologische und metabolische Prägung von Kindern mit erhöhtem Typ-1-Diabetesrisiko“.

Höhe: 2.600 € – von der Familie King gestiftet.

definiertes körperlicher Aktivität bei Patienten mit Typ-1-Diabetes notwendig sind • 5.500,00 € | Dr. rer. nat. Christian Opländer • Evaluierung einer nitritbasierten dermalen Stickstoffmonoxid-Applikation zur Prophylaxe und Behandlung des diabetischen Fußes • 9.000,00 € | Dr. rer. nat. Anna-Maria Ordelheide • Einfluss von PPARdelta-induzierten Myokinen auf die glukose- und inkretinstimulierte Insulinsekretion von β -Zellen • 9.000,00 € | Dr. rer. nat. Martin Osterhoff • Nutrigenomische Analyse der proteinbedingten Stoffwechselregulation • 9.000,00 € | Dr. med. Günter Pöth • Identifikation der durch humorale zelluläre Kommunikation induzierten Genexpression in Kokulturen von mesenchymalen Knochenmarkstromazellen (MSC) und β -Zellen • 8.000,00 € | Prof. Dr. med. Andreas Pfeiffer • Nutritive Therapie des Typ-2-Diabetes: Mechanismen und Ausmaß der Galactose induzierten Stoffwechselverbesserung • 10.000,00 € | Prof. Dr. med. Franz Rinninger • Cholesterolefflux Capacity von Serum von Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus mit und ohne angiografisch gesicherte Koronare Herzkrankheit (KHK) • 9.000,00 € | Dr. Tamara Rodriguez Castaneda • Ghrelin as a potential regulator in stress related glucose homeostasis impairment • 10.000,00 € | Dr. rer. nat. Karen Ruschke • Funktionale Interaktion des BMP- und Insulin-Signalweges in der Glukoseaufnahme von Adipozyten • 10.000,00 € | Apothekerin Kirstin Schumacher • Analyse des bidirektionalen Granulumtransports im submembranären Bereich von Beta-Zellen • 9.000,00 € | Dipl.-Troph. Susanne Schuster • Die Regulation der TNF-alpha-Freisetzung aus fettakkumulierenden Hepatozyten – Welche Rolle spielt die NAD-abhängige Deacetylase Sirtuin1? • 9.000,00 € | Dr. med. vet. Lelia van Bürck • Analyse regulatorischer T-Zellen nach Xenotransplantation von INSLEA29Y exprimierenden porzinen Langerhans'schen Inseln • 10.000,00 € | Dr. med. Christian von Loeffelholz • Hepatische Genexpression, Transkriptionsfaktoraktivität und Fettsäurenprofil bei Patienten mit nichtalkoholischer Fettlebererkrankung • 9.000,00 € | Dr. med. Katharina Warncke • Reifung des Immunsystems und Entwicklung von Autoimmunität in utero und im frühen Kindesalter (Diabetes-Risiko-Studie) • 9.000,00 € | Dr. rer. nat. Heike Weiss • Frühdiagnostik der diabetischen Neuropathie durch korneale konfokale Mikroskopie im NOD-Maus-Modell • 9.000,00 € | Dr. rer. nat. Michael Willenborg • Die Messung der Membrankapazität pankreatischer Beta-Zellen im vitalen Gewebeschnitt als Maß für die Exozytoserate von Insulinsekretgranula • 10.000,00 € | MSc. BSc. Markus Zeppetzauer • Acute and chronic effects of high-intensity low-volume interval training on fat and glucose metabolism in patients with type-2-diabetes and matched healthy controls • 9.000,00 € |

Kongresse mit großer Strahlkraft

Zwei große Fachkongresse veranstaltet die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) jedes Jahr. Alle mit dem Krankheitsbild Diabetes befassten Berufsgruppen hatten auch 2012 auf dem Diabetes-Kongress in Stuttgart und auf der Diabetes-Herbsttagung in Berlin Gelegenheit, sich über die aktuellsten Entwicklungen, Forschungsergebnisse und Behandlungsansätze zu informieren und auszutauschen. Die Diabeteskongresse sind mittlerweile die größten Fachveranstaltungen rund um das Krankheitsbild Diabetes in Deutschland. Zu beiden Kongressen kamen insgesamt fast 10.000 Besucher, Wissenschaftler, Nachwuchskräfte, medizinische Fachkräfte und Psychologen aus Klinik und Praxis.

47. Diabetes-Kongress in Stuttgart

Bei keiner anderen Fachveranstaltung sind so viele Fachleute vor Ort, um ihr Wissen weiterzugeben. Bei der 47. Jahrestagung in Stuttgart informierten sich vom 16. bis 19. Mai knapp 6.000 Ärzte, Wissenschaftler und andere in der Diabetologie tätige Berufsgruppen über aktuelle Entwicklungen und Erkenntnisse in der Diabetologie. Als Motto wählten Kongresspräsident Professor Dr. med. Thomas Haak und die Kongresssekretäre Professor Dr. Norbert Hermanns und PD Dr. Bernd Kulzer: „MITmachen, Motivieren, Integrieren, Therapieren“.

„Mitmachen“ war dabei die alles umfassende Klammer. Unter diesem Aspekt wurde den drei Schwerpunkten je ein inhaltlicher Themenkomplex zugeordnet. Der

Schwerpunkt „Motivieren“ umfasste beispielsweise Vorträge zu Themen wie Psychologie, Schulung, Diabetes und Gehirn. Unter dem Schwerpunkt „Integrieren“ erörterten die Referenten in den Veranstaltungen Themen aus der Grundlagenforschung, Genetik, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Im Schwerpunkt „Therapieren“ informierten Experten über die Vorbeugung von Diabetes, neue Technologien oder chirurgische Behandlungsmöglichkeiten. Dieses Konzept sorgte beim Diabetes-Kongress 2012 für volle Vortragssäle und rege Beteiligung der Teilnehmer an Pro- und Contra-Diskussionen, TED-Sessions, Kontroversen und Workshops. Sehr gut besucht war auch die Eröffnungsveranstaltung. Gastredner Tobias Esch, Autor des Fachbuchs „Neurobiologie des Glücks“, referierte über Positive Psychologie und ihren Einfluss auf die Medizin.

Beim Diabetes-Lauf am Freitagmorgen legten sowohl Kongressteilnehmer als auch Stuttgarter Schüler fünf Kilometer für einen guten Zweck zurück: Jeder Läufer spendete einen Geldbetrag, der Erlös aus dem Lauf kam der „Erlebniswoche“ für Kinder mit Diabetes Typ 1 zugute, einem Projekt von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Aus der Praxis für die Praxis: Die 6. Diabetes-Herbsttagung 2012

Unter dem Motto „Diabetesbehandlung: Zwischen Versorgung und Management“ fand vom 16. bis 17. November in Berlin die 6. Diabetes-Herbsttagung statt. Unter der Leitung von Professor Dr. med. habil. Peter Schwarz, der besonders das Thema Prävention in den Fokus stellte, diskutierten über 3.500 Expertinnen und Experten praxisrelevante Fragen der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Diabetes. Angesichts der steigenden Zahl Diabeteserkrankter und einer generellen Zunahme chronischer Erkrankungen stehen Diabetologen, Diabetesberater, Diabetesassistenten, Wundassistenten, Podologen und Hausärzte vor neuen Herausforderungen: Reichen die bereits etablierten Disease-Management-Programme, oder ist es an der Zeit, spezifische Chronic-Care-Management-Programme einzuführen?

Der Schwerpunkt der Herbsttagung auf der ärztlichen Praxis zog sich wie ein roter Faden durch die zwei Kongresstage: Neben den gut besuchten Workshops zu „Prävention in der Diabetespraxis – was kann ich tun?“, „Verhaltensänderung in den Bereichen Ernährung und



Diabetes-Kongress 2012 in Stuttgart.

Bewegung“ oder zum Diabetischen Fußsyndrom ging es in zahlreichen Symposien um „Anwendbares“ für den beruflichen Alltag: Wie verhindert, erkennt und behandelt man mit Diabetes assoziierte Erkrankungen? Für welche Patienten kommt metabolische Chirurgie in Frage? Wie geht man in der Praxis mit weniger bekannten Diabeteskomplikationen um, und wie identifiziert man hier die Risikogruppen?

Zu den Themen, die alle Diabetesexperten fast täglich beschäftigen, gehört auch die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass „mein Diabetespatient“ im Krankenhaus optimal behandelt wird. Etwa zwei Millionen Krankenhauspatienten in Deutschland kommen pro Jahr mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus in die Klinik, das entspricht 20 bis 30 Prozent der stationären Patienten. Von den rund 2.000 Krankenhäusern in Deutschland haben etwa 300 eine DDG-zertifizierte diabetologische Fachabteilung. Wie sieht es aber bei den anderen aus? Für die anderen besteht aus Sicht der DDG Handlungsbedarf. Ohne optimale Betreuung sind diese Patienten länger im Krankenhaus, haben mehr Komplikationen und verursachen höhere Kosten. DDG-Präsident Professor Dr. Stephan Matthaei stellte das neue DDG-Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ vor und erläuterte die Vorteile für Patienten und Kliniken (siehe Seite 8).

Diabetes-Kongress wird Hauptstadtkongress: Druck auf die Politik erhöhen

Ab 2014 werden die Standorte der Diabetes-Herbsttagung jährlich wechseln. Nach Berlin 2013 folgt im Jahr darauf Leipzig als Veranstaltungsort. Der Diabetes-Kongress wird ab 2014 jedes Jahr in Berlin stattfinden und seinen Charakter als „Hauptstadtkongress“ ausbauen.

Der Grund dafür ist einfach. Als Plattform aller an der Diabetes-Behandlung Beteiligten wirkt er als „Sprachrohr“ in Richtung Politik und Gesellschaft. Diabetes ist eine Volkskrankheit und braucht Fürsprecher auf allen Ebenen. Beide Kongresse bleiben natürlich neben dem Fort- und Weiterbildungsaspekt auch das, was sie derzeit sind: ein Treffpunkt und eine Kommunikationsplattform, um sich auszutauschen und zu vernetzen.

Termine Kongresse

Diabetes-Kongresse

- 8. bis 11. Mai 2013 in Leipzig (Prof. Dr. Harald H. Klein)
Motto: Forschung von heute für die Praxis von morgen
- 28. bis 31. Mai 2014 in Berlin (Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler)
- 13. bis 16. Mai 2015 in Berlin (Prof. Dr. Norbert Stefan)
- 4. bis 7. Mai 2016 in Berlin (Prof. Dr. Andreas Hamann)

Diabetes-Herbsttagungen

- 15. bis 16. November 2013 in Berlin (Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch)
- 20. bis 22. November 2014 in Leipzig (Prof. Dr. Jochen Seufert, gemeinsam mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Prof. Dr. Wieland Kiess)



Zu den DDG-Kongressen kamen fast 10.000 Besucher.



Weitere Informationen finden Sie unter www.ddg.info/kongresse

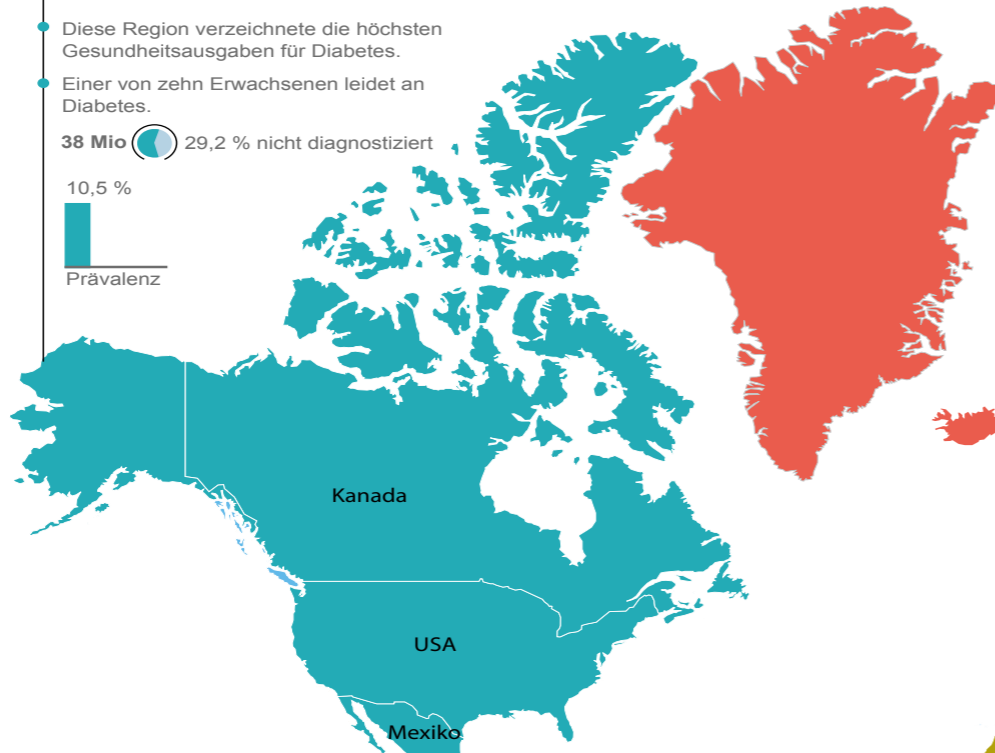
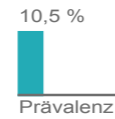
Diabetes – Weltweite Pandemie

**Geschätzte Diabetesrate
20- bis 79-Jährige**

NORDAMERIKA UND KARIBIK

- Diese Region verzeichnete die höchsten Gesundheitsausgaben für Diabetes.
- Einer von zehn Erwachsenen leidet an Diabetes.

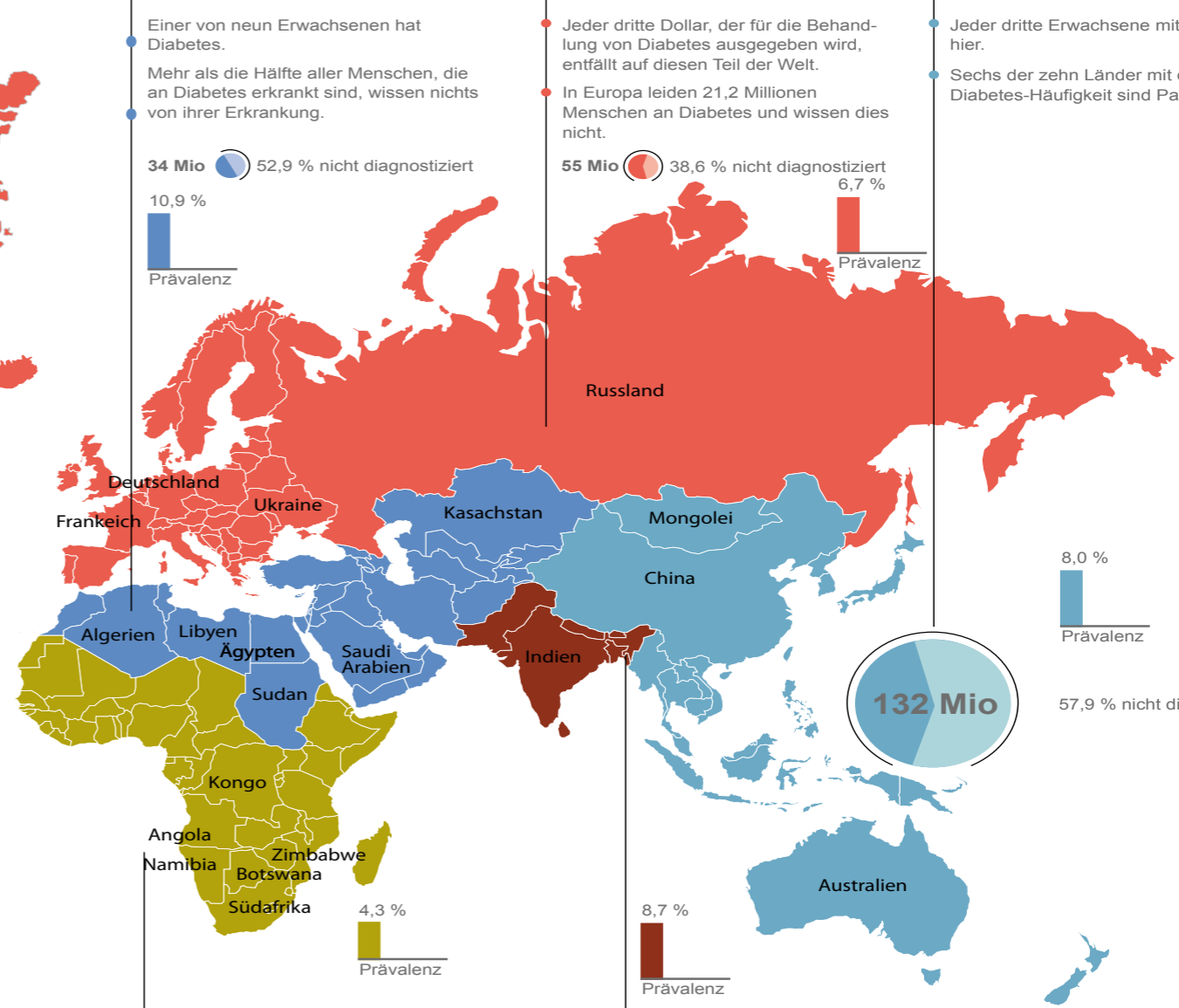
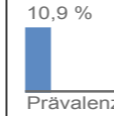
38 Mio 29,2 % nicht diagnostiziert



MITTLERER OSTEN UND NORDAFRIKA

- Einer von neun Erwachsenen hat Diabetes.
- Mehr als die Hälfte aller Menschen, die an Diabetes erkrankt sind, wissen nichts von ihrer Erkrankung.

34 Mio 52,9 % nicht diagnostiziert



EUROPA

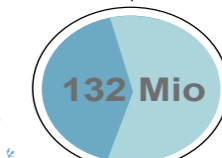
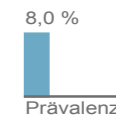
- Jeder dritte Dollar, der für die Behandlung von Diabetes ausgegeben wird, entfällt auf diesen Teil der Welt.
- In Europa leiden 21,2 Millionen Menschen an Diabetes und wissen dies nicht.

55 Mio 38,6 % nicht diagnostiziert

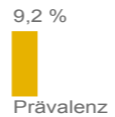
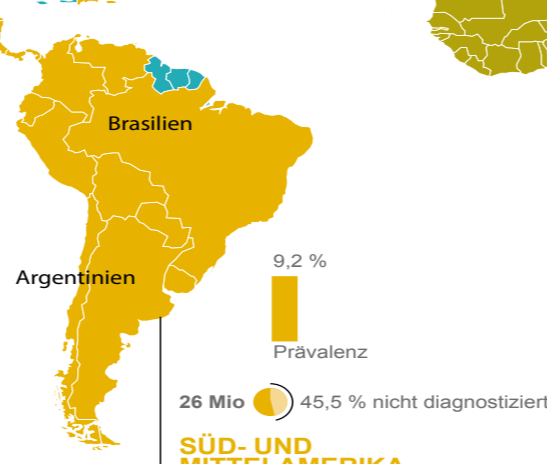
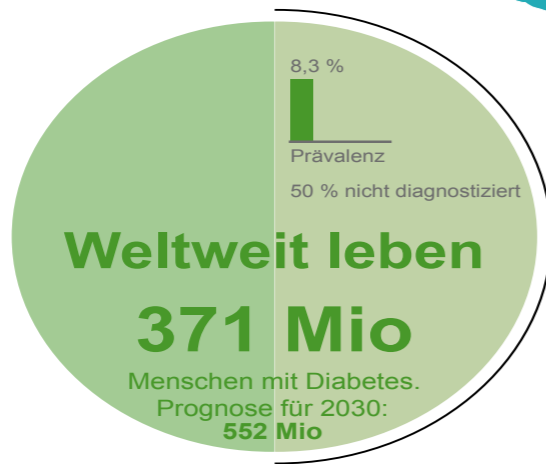


Westlicher Pazifik

- Jeder dritte Erwachsene mit Diabetes lebt hier.
- Sechs der zehn Länder mit der höchsten Diabetes-Häufigkeit sind Pazifische Inseln.



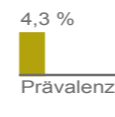
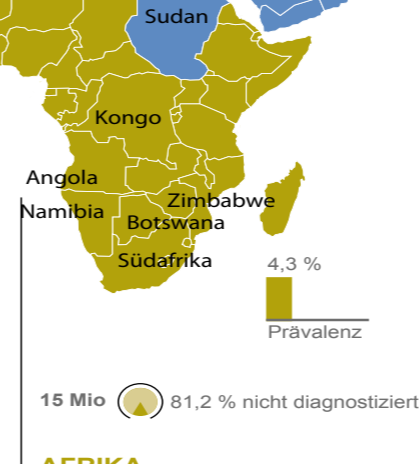
57,9 % nicht diagnostiziert



26 Mio 45,5 % nicht diagnostiziert

SÜD- UND MITTELAMERIKA

- Diese Region brachte nur 5 Prozent aller Gesundheitsausgaben für Diabetes auf.
- Einer von elf Erwachsenen leidet an Diabetes.



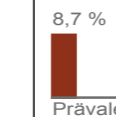
15 Mio 81,2 % nicht diagnostiziert

AFRIKA

- In den nächsten 20 Jahren wird sich die Zahl der Menschen, die in Afrika an Diabetes erkranken, nahezu verdoppeln.
- In diesem Teil der Welt sterben die meisten Menschen an den Folgen von Diabetes.

SÜDOSTASIEN

- Jeder fünfte nicht diagnostizierte Fall von Diabetes entfällt auf diese Region.
- Jeder vierte Tod infolge eines Diabetes ereignet sich in Südostasien.



70 Mio 51,1 % nicht diagnostiziert

Quelle: 5. Ausgabe des IDF Diabetes Atlas, 2012. IDF sammelt diese Daten aus verschiedenen Quellen, deren Qualität sehr unterschiedlich und deren Vergleichbarkeit darum eingeschränkt ist.

Afghanistan 8,93 % | Albanien 4,04 % | Algerien 10,78 % | Andorra 11,35 % | Angola 4,01 % | Anguilla 15,92 % | Antigua and Barbuda 16,51 % | Argentinien 8,62 % | Armenien 4,25 % | Aruba 19,33 % | Australien 17,49 % | Österreich 14,11 % | Aserbaidschan 3,56 % | Bahamas 15,74 % | Bahrain 25,47 % | Bangladesch 9,21 % | Barbados 18,86 % | Belarus 12,78 % | Belgien 9,95 % | Belize 18,00 % | Benin 2,66 % | Bermuda 18,41 % | Bhutan 7,39 % | Bolivien (Plurinational State of) 8,68 % | Bosnien und Herzegowina 12,64 % | Botswana 14,85 % | Brasilien 15,01 % | Britische Jungferninseln 17,42 % | Brunei Darussalam 12,82 % | Bulgarien 12,64 % | Burkina Faso 4,34 % | Burundi 3,99 % | Kambodscha 4,16 % | Kamerun 9,37 % | Kanada 13,41 % | Kap Verde 8,51 % | Cayman Islands 15,76 % | Zentralafrikanische Republik 4,66 % | Chad 6,69 % | Kanalinseln 10,34 % | Chile 20,19 % | China 14,95 % | China, Hong Kong SAR 14,18 % | China, Macao SAR 11,37 % | Kolumbien 10,30 % | Komoren 12,09 % | Demokratische Republik Kongo 4,51 % | Kongo 8,51 % | Cook Islands 12,99 % | Costa Rica 12,02 % | Côte d'Ivoire 7,61 % | Kroatien 9,65 % | Kuba 15,34 % | Zypern 14,41 % | Tschechien 10,61 % | Dänemark 10,68 % | Dschibuti 9,78 % | Dominica 15,92 % | Dominikanische Republik 9,93 % | Ecuador 9,28 % | Ägypten 23,78 % | El Salvador 12,98 % | Äquatorialguinea 7,00 % | Eritrea 6,43 % | Estland 13,04 % | Äthiopien 6,13 % | Fidschi 16,65 % | Finnland 12,43 % | Frankreich 11,11 % | Französisch-Guayana 13,25 % | Französisch-Polynesien 13,27 % | Gabon 15,05 % | Gambia 2,81 % | Georgien 4,53 % | Deutschland 11,85 % | Ghana 4,96 % | Griechenland 10,52 % | Grenada 13,78 % | Guadeloupe 10,34 % | Guam 14,28 % | Guatemala 12,00 % | Guinea 7,03 % | Guinea-Bissau 4,66 % | Guyana 20,05 % | Haiti 7,15 % | Honduras 8,45 % | Ungarn 10,89 % | Island 5,53 % | Indien 12,65 % | Indonesien 7,64 % | Iran (Islamische Republik) 13,56 % | Irak 11,77 % | Irland 9,30 % | Israel 12,93 % | Italien 12,09 % | Jamaika 16,51 % | Japan 11,18 % | Jordanien 13,59 % | Kasachstan 10,29 % | Kenia 6,58 % | Kiribati 40,07 % | Demokratische Volksrepublik Korea 12,82 % | Republik Korea 13,30 % | Kuwait 26,18 % | Kirgistan 6,41 % | Laos 6,78 % | Letland 13,25 % | Libanon 25,85 % | Lesotho 4,78 % | Liberia 4,69 % | Libyen Arabische Jamahiriya 13,74 % | Liechtenstein 10,00 % | Litauen 13,01 % | Luxemburg 8,00 % | Mazedonien 12,19 % | Madagaskar 8,62 % | Malawi 9,79 % | Malaysia 18,58 % | Malediven 11,70 % | Mali 2,37 % | Malta 13,67 % | Marshallinseln 42,63 % | Martinique 19,42 % | Mauritania 5,39 % | Mauritius 23,47 % | Mexiko 19,87 % | Mikronesien 50,47 % | Republik Moldau 4,19 % | Monaco 12,23 % | Mongolei 9,45 % | Montenegro 12,60 % | Marokko 10,75 % | Mosambik 5,04 % | Myanmar 9,08 % | Namibia 10,90 % | Nauru 47,35 % | Nepal 4,57 % | Niederlande Antillen 18,19 % | Niederlande 11,62 % | Neukaledonien 14,02 % | Neuseeland 16,27 % | Nicaragua 13,89 % | Niger 7,96 % | Nigeria 7,35 % | Niue 15,13 % | Norwegen 9,06 % | Okkupiertes palästinensisches Territorium 10,23 % | Oman 10,83 % | Pakistan 10,49 % | Palau 17,66 % | Panama 12,05 % | Papua-Neuguinea 8,19 % | Paraguay 8,67 % | Peru 9,07 % | Philippinen 13,05 % | Polen 14,45 % | Portugal 18,17 % | Puerto Rico 19,58 % | Qatar 24,40 % | Réunion 30,52 % | Rumänien 12,62 % | Russische Föderation 15,81 % | Ruanda 4,53 % | Samoa 11,29 % | San Marino 11,53 % | Sao Tome und Principe 8,09 % | Saudi Arabien 26,97 % | Senegal 4,89 % | Serbien 12,75 % | Seychellen 16,04 % | Sierra Leone 4,66 % | Singapur 18,61 % | Slowakei 9,49 % | Slowenien 15,81 % | Solomoninseln 20,05 % | Somalia 7,18 % | Südafrika 11,70 % | Spanien 13,13 % | Sri Lanka 11,84 % | Saint Kitts und Nevis 18,42 % | Saint Lucia 14,35 % | Saint Vincent und die Grenadinen 14,99 % | Sudan 12,54 % | Suriname 15,08 % | Swasiland 4,21 % | Schweden 8,10 % | Schweiz 11,48 % | Syrische Arabische Republik 12,53 % | Taiwan 15,03 % | Tadschikistan 5,70 % | Vereinigte Arabische Emirate 12,53 % | Thailand 10,93 % | Osttimor 8,28 % | Togo 8,18 % | Tokelau 17,26 % | Tonga 18,53 % | Trinidad und Tobago 15,99 % | Tunesien 14,01 % | Türkei 10,19 % | Turkmenistan 3,12 % | Tuvalu 38,39 % | Uganda 4,05 % | Ukraine 4,73 % | Vereinigte Arabische Emirate 18,28 % | Vereinigtes Königreich 10,46 % | Vereinigte Staaten von Amerika 14,05 % | Uruguay 10,20 % | Vereinigte Staaten Virgin Islands 20,13 % | Usbekistan 6,48 % | Vanuatu 30,04 % | Venezuela (Bolivarian Republic of) 14,13 % | Vietnam 8,62 % | Westsahara 9,39 % | Jemen 9,90 % | Zambien 8,34 % | Zimbabwe 16,21 %

Teresa Tamayo/Wolfgang Rathmann

Soziale Benachteiligung und Umweltverschmutzung als Diabetes-Auslöser

In den vergangenen Jahren häufen sich die Hinweise darauf, dass Luftverschmutzung, insbesondere die Feinstaubbelastung, einen Einfluss auf die Entstehung eines Typ-2-Diabetes haben kann.

Für die Gesundheit des Menschen sind insbesondere kleinere Feinstaubpartikel von $<10 \mu\text{m}$ schädlich, da sie ungehindert in die Lunge gelangen können. Als direkte Reaktion auf die Feinstaubbelastung können in der Lunge inflammatorische Zellen festgestellt werden (Salvi). Bereits nach sechsständiger Exposition wurden bei gesunden Probanden im Bronchialsekret Mastzellen und CD4+ bzw. CD8+ T-Lymphozyten als direkte Entzündungsreaktion nachgewiesen. Als Zeichen einer allgemeinen subklinischen Entzündungsreaktion konnte in Mausmodellen nach mehrwöchiger Exposition ein Anstieg von Interleukin-6 und Zytokinen im Blut, aber auch eine Verschiebung des Fettverteilungsmusters mit Erhöhung des viszeralen Fetts nachgewiesen werden (Sun, Xu). Neuere Erkenntnisse an Mäusen zeigen ferner, dass eine mittlere Feinstaubbelastung von $11 \mu\text{g}/\text{m}^3$ über zehn Wochen – also in einer Höhe, wie sie in den meisten deutschen Städten gefunden werden kann – Leberschädigungen hervorrufen kann, die sich über Entzündungszeichen und Störungen des Glykogenhaushalts bemerkbar machen (Zheng).

Pathophysiologische Erklärungsmodelle

Da pathophysiologische Untersuchungen am Menschen unter Standardlaborbedingungen schwierig durchführbar sind, stammen die meisten Erkenntnisse bislang aus Mausmodellen. Erste Humanexperimente weisen jedoch darauf hin, dass bereits eine geringfügige Erhöhung der Feinstaubexposition Auswirkungen auf Stoffwechselprozesse haben kann (Brook 2012). Gesunde Probanden aus einer ländlichen Region in den USA mit geringer Schadstoffbelastung verbrachten nach medizinischer Untersuchung unter kontrollierten Bedingungen jeweils 4–5 Stunden an fünf aufeinanderfolgenden Tagen an einer verkehrsreichen Straße. Während des Transports aus der schadstoffarmen Umgebung an den Expositionsort atmeten sie ausschließlich gefilterte Luft. Im Anschluss an die Expositionphase fanden erneut Untersuchungen statt. Es zeigte sich trotz der recht niedrigen mittleren Feinstaubkonzentrationen ($\text{PM}_{2.5}$) von $11,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ein ungünstiger

Einfluss auf die Insulinsensitivität. Bisher gibt es keine klaren Grenzwerte, unterhalb derer Gesundheitsschädigungen durch Feinstaub auszuschließen sind. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass eine Dosis-Wirkung besteht. Je höher die Schadstoffkonzentration und je länger die Expositionsdauer, umso eher ist mit Beeinträchtigungen auch im Glukosestoffwechsel zu rechnen.

Epidemiologische Evidenz

Im Jahre 2002 wurden erstmals Luftverschmutzungsdaten der US-Bundesstaaten mit Ergebnissen aus Telefonumfragen zum Typ-2-Diabetes verglichen und ein starker Zusammenhang beobachtet (Lockwood). Mittlerweile liegen mehrere Querschnitts- und Kohortenstudien vor, die sich auf Individualdaten stützen und den Zusammenhang mit Luftverschmutzungsfaktoren unterstützen.

„Mit zunehmender Armut und Bildungsferne einer Gemeinde steigt die Diabeteshäufigkeit.“

Die erste Kohortenstudie (SALIA) fand im Ruhrgebiet statt. Es wurde die Diabetesinzidenz bei Frauen in städtischen Re-

gionen mit hoher Feinstaubbelastung mit ländlichen Regionen der Umgebung verglichen (Krämer et al.). Die Diabetesinzidenz war mit Feinstaub und – besonders deutlich – mit Stickstoffdioxid assoziiert. Da Stickstoffdioxid im Gegensatz zu Feinstaub stärker mit Verkehrsbelastung in Verbindung gebracht wird, vermutet man, dass die Quelle „Straßenverkehr“ für die Assoziation von besonderer Relevanz ist.

Eine Stratifizierung der SALIA-Stichprobe in Teilgruppen brachte weitere interessante Ergebnisse zutage: Demnach war der Zusammenhang der Luftschadstoffe mit Diabetes nur in der Gruppe mit Inflammationszeichen signifikant. Ob dieser subklinische Entzündungsmarker eine pathophysiologische Erklärung für die Assoziation bietet (Entzündung als Mediator) oder ob beiden Faktoren – Luftverschmutzung und Entzündung – eine unabhängige Rolle bei der Diabetesentstehung zugeschrieben werden muss (Entzündung als Confounder), konnte die Studie nicht klären.

Sozioökonomische Faktoren und Diabetes

Es ist mittlerweile gut untersucht, dass Menschen mit niedrigem Einkommen oder niedriger Bildung eine höhere Krankheitslast aufweisen. Ein Zusammenhang mit sozialen Faktoren ist auch für die Diabetespräva-

lenz für mehrere europäische Länder gezeigt worden (Dalstra). Während ein Teil der Assoziation über Lebensstilfaktoren und Übergewicht erklärbar ist, gelten soziale Faktoren auch als unabhängige Risikofaktoren. Stress, ungünstige Arbeitsbedingungen, Angst vor Arbeitsplatzverlust, eine energiedichte Ernährung und weitere Faktoren werden diskutiert. Der DIAB-CORE-Verbund im Kompetenznetz Diabetes mellitus konnte erstmals für Deutschland zeigen, dass auch die Wohnumgebung einen Einfluss auf die Diabetesprävalenz haben kann, und zwar unabhängig von individuellen sozialen Faktoren wie persönliche Bildung und Einkommen (Maier, Müller).

Auf gemeindebasierter Ebene stellten Maier et al. fest, dass mit dem Deprivationsgrad der Gemeinden die Diabetesprävalenz stieg. Indikatoren für Deprivation waren der Gesamtbetrag der Einkünfte aus den Einkommen aller Steuerpflichtigen und die Arbeitslosenquote der Wohnumgebung, der Anteil von Menschen ohne Berufsabschluss, Bruttoeinnahmen und -ausgaben der Gemeinde, die Wanderungsbilanz („schrumpfende Stadt“), Wirtschaftskraft (Gewerbefläche, Industriefläche, Verkehrsfläche) und die Sicherheitsstatistik der Gemeinde (Straftaten, Verkehrsunfälle). Alle Faktoren gingen in einen gewichteten Score ein, dessen Assoziation mit der Diabetesprävalenz untersucht wurde.

Auch auf kleinräumiger, stadtteilbezogener Ebene war die Arbeitslosigkeit der Wohnumgebung ein wichtiger unabhängiger Einflussfaktor für die Diabetesprävalenz (Müller). Das heißt, auch Menschen in Arbeit haben in Stadtteilen mit hoher Arbeitslosigkeit bzw. hoher Deprivation ein höheres Risiko, an Diabetes zu erkranken, als in Stadtteilen mit niedriger Arbeitslosigkeit und Deprivation.

Sozioökonomie und Luftverschmutzung

Sozioökonomische Faktoren wie das Haushaltseinkommen bestimmen darüber, in welcher Wohnlage Menschen eine Wohnung finden. In vielen Städten liegen die günstigsten Wohnungen an besonders verkehrsreichen Straßen. Könnte Luftverschmutzung eine Rolle bei der Erklärung des Zusammenhangs von sozialen Unterschieden mit Gesundheit oder der Mortalität spielen? In einem Review fanden sich zahlreiche Studienbeispiele, die für eine höhere Luftschadstoffexposition bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Europa sprachen (Deguen). Einige Studien beobachteten

jedoch den gegenteiligen Effekt, nachdem die höheren Statusgruppen einer höheren Exposition ausgesetzt waren. Da die Zahl der chronischen Erkrankungen und Gesundheitsrisiken in Gruppen mit niedrigerem sozialem Status jedoch deutlich häufiger waren, vermuteten die Autoren, dass diese Personen eine erhöhte Vulnerabilität für die negativen Effekte von Luftschadstoffen aufweisen könnten.

Luftverschmutzung wird erst seit Kurzem mit der Entstehung eines Typ-2-Diabetes in Verbindung gebracht. Länger bekannt ist, dass Menschen mit Vorerkrankungen wie Diabetes ein erhöhtes Risiko haben, an kardiovaskulären Ereignissen zu erkranken und aufgrund dieser Komplikationen in einem Krankenhaus aufgenommen zu werden (Zanobetti) oder daran zu versterben (Goldberg), wenn sie Luftschadstoffen ausgesetzt sind (erhöhte Vulnerabilität). Soziale Faktoren könnten daher über eine erhöhte Vulnerabilität mit den negativen Gesundheitseffekten von Luftverschmutzung in Verbindung stehen.

Die Datenlage ist noch zu ungenau, um die Zusammenhänge befriedigend erklären zu können. Nicht zuletzt, weil sich die Messungen der Schadstoffexposition meist auf das Wohnumfeld beschränken. Zusätzliche Messungen am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr und in der Freizeit wären sinnvoll, sind jedoch mit enormen Kosten verbunden.



Dr. Wolfgang Rathmann (links) ist Leiter, Dr. Teresa Tamayo (rechts) wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Epidemiologie am Institut für Biometrie und Epidemiologie des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Dietrich Garlichs

Die Präventionsstrategie der Bundesregierung —

Echte Reform oder symbolische Politik?

Kurz vor Ende der Legislaturperiode wurde im März 2013 das Verfahren für das neue „Präventionsgesetz“ tatsächlich in Gang gesetzt. Die Bundesregierung möchte „das Wissen, die Befähigung und die Motivation in der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten in allen Lebensphasen stärken. Insbesondere sollen die Menschen zu gesundheitsbewusstem Verhalten in die Lage versetzt werden, die – wie Jugendliche mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Bildungsstand – oft schwer zu erreichen sind“. Kernstück des Gesetzentwurfs sind zwei Punkte: Zum einen sollen Ärzte ihre Patienten verstärkt auf gesundheitliche Risiken untersuchen, sie beraten und Präventionskurse empfehlen. Zum anderen sollen Krankenkassen für betriebliche Gesundheitsförderung zwei Euro pro Versicherten zur Verfügung stellen. Wie ist diese in vier Jahren mühsam erarbeitete Strategie der Bundesregierung zu beurteilen, wird sie relevante Effekte erzielen? Nach allem, was wir wissen: nein.

Kein medizinisches Problem

Die modernen Zivilisationskrankheiten haben nicht in erster Linie einen medizinischen Ursprung. Sie sind Folge unserer veränderten Lebensweise. Wir essen doppelt so viel Fett, Zucker und Salz und halb so wenig Ballaststoffe wie uns gut täten. Wir bewegen uns zu wenig. Die Evolution hat unseren Körper so geformt, dass er 10.000 Schritte täglich braucht. Wir schaffen jedoch nur ein Drittel davon. Das hat gravierende Folgen, wie wir an dem „Tsunami“ der Lebensstilkrankheiten sehen. Noch in den fünfziger Jahren gab es diese Lebensstilkrankheiten kaum. Weniger als ein Prozent der erwachsenen Bevölkerung hatte damals Diabetes. Heute sind es etwa zehn Prozent.

Das Versagen der Gesundheitspolitik

Die klassische Antwort der Gesundheitspolitik auf die Lebensstilkrankheiten ist der Appell an die Vernunft des Einzelnen: „FdH“ (Friss die Hälfte), „Trimm dich“, „Rauchen kann tödlich sein“, „Alkohol nur in Maßen“ und viele andere Mahnungen sollen uns zu gesundheitsbewusstem Verhalten anhalten. Alle diese Ratschläge sind richtig, aber weitgehend wirkungslos. Die Politik, die vorrangig auf Information setzt, ist gescheitert.

Die Gründe hierfür sind relativ klar. Der Lebensstil wird geprägt in der Kindheit und den frühen Jahren, und

zwar von der Familie, vom sozialen Umfeld und der Peer Group. Diese Verhaltensprägung lässt sich in späteren Jahren nur schwer verändern. Erschwerend kommt hinzu, dass unser Umfeld einer Verhaltensänderung diametral entgegensteht. Zu essen und zu trinken gibt es an jeder Ecke und zu jeder Zeit. Die Werbung sendet uns permanent Bilder und Botschaften von delikatem Fast Food, bequemen Convenience-Produkten und durstlöschenden Softdrinks – alles möglichst hochkalorisch und in XXL-Portionen.

Sich diesem Umfeld zu entziehen, ist extrem schwer – und soll es auch sein. Die Lebensmittelindustrie wirbt intensiv mit den großen Idolen von Showbusiness und Sport, die deutsche Fußballnationalmannschaft läuft mit Kindern im McDonald's-T-Shirt aufs Spielfeld. Eine effektive Nährwertkennzeichnung auf den Lebensmittelverpackungen hat die geballte Lobby der Lebensmittelindustrie verhindert.

Will die Politik die Lebensstilkrankheiten wirklich zurückdrängen, muss sie an den Ursachen ansetzen. Sie muss versuchen, einen gesunden Lebensstil in jungen Jahren zu prägen und ein flankierendes Umfeld schaffen. Sie muss anerkennen, dass wesentliche Faktoren außerhalb des Medizinsystems liegen.

Was wären also die Kernpunkte einer gesellschaftlichen Präventionsstrategie? In die Kindererziehung der Familie kann der Staat nicht eingreifen, und das ist gut so. Aber er kann in Kindergärten und Schulen ein entsprechendes Umfeld schaffen. Das bedeutet: Jeden Tag eine Stunde Sport und Bewegung; und ein Unterrichtsfach „Gesundheit und Ernährung“.

Paradigmenwechsel zur Verhältnisprävention

Bleibt das Problem, dass unser Umfeld heute das entgegengesetzte Verhalten fördert. Aus diesem Grunde vollzieht sich in der internationalen Debatte zurzeit ein Paradigmenwechsel hin zur Verhältnisprävention. Wenn der Appell an die Vernunft des Einzelnen so wenig fruchtet, sollten wir die Verhältnisse so gestalten, dass sie eine gesunde Lebensweise erleichtern. Der WHO-Slogan hierfür ist: „To make the healthy choice the easier choice“.

Um dies zu erreichen, empfiehlt die WHO höhere Steuern auf Tabak, Alkohol und verarbeitete Lebensmittel mit hohem Fett-, Zucker- und Salzanteil. Doch während

in anderen Ländern inzwischen mit der Besteuerung gesundheitsschädlicher Lebensmittel Ernst gemacht wird, haben diese Vorschläge in Deutschland bisher keine Befürworter in der Gesundheitspolitik. Das scheint an der Angst zu liegen, die Freiheit des Individuums einzuschränken. Nach dem Trauma der Diktaturen in Deutschland gibt es auch hier eine ideologische Fixierung, die nur schwer aufzubrechen ist.

Soziale Schieflage

Natürlich ist es richtig, dem Einzelnen die Verantwortung nicht abzunehmen. Aber Voraussetzung dafür ist, dass Familie oder Gesellschaft ihn dazu befähigt haben. Und hier haben wir ein Problem: Die Lebensstilkrankheiten sind typische Krankheiten der bildungsfernen Schichten. Fettleibigkeit tritt bei Männern mit niedriger Bildung doppelt so häufig auf wie bei solchen mit hohem Schulabschluss; bei Frauen sogar dreimal so häufig. Je schlechter die sozioökonomische Situation, desto wahrscheinlicher das Auftreten von Lebensstilkrankheiten.

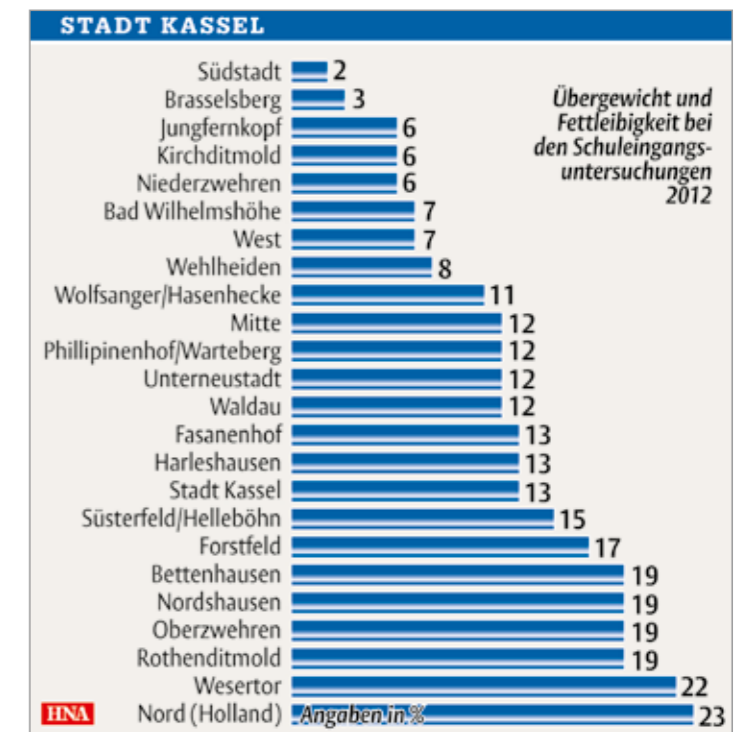
Ressort- und Föderalismusdenken

Spricht man mit Gesundheitspolitikern darüber, dass eine wirkungsvolle Präventionsstrategie erstens eine frühe Lebensstilprägung in Kindergarten und Schule erfordert und zweitens eine bevölkerungsweite Verhältnisprävention, erhält man zunehmend Zustimmung – sofern man unter vier Augen spricht. Im öffentlichen Kontext wird das schon schwieriger. Woran liegt das?

Offensichtlich traut man sich nicht den Sprung in andere Politikfelder über die Ressortgrenzen hinweg. Noch schwieriger scheint es zu sein, die Bund-Länder-Kompetenzgrenzen zu überwinden. Als Bundespolitiker klar zu formulieren: „Wir brauchen in jeder Schule jeden Tag eine Stunde Sport und eine Ernährung nach konkreten Qualitätskriterien“, scheint eine Sünde wider den Heiligen Geist des Föderalismus zu sein. Sind deshalb Hopfen und Malz verloren? Nicht unbedingt.

Wer könnte echte Präventionspolitik durchsetzen?

Es gibt drei Strömungen, die helfen könnten, eine wirkungsvolle Prävention durchzusetzen. Als Erstes ist die internationale Debatte um die Verhältnisprävention zu nennen. In deren Folge haben mehrere europäische



Beispiel Kassel: Übergewicht von Schulkindern ist extrem abhängig von Wohnort und sozialer Herkunft.

Länder die Besteuerung ungesunder Lebensmittel vorangetrieben: Frankreich auf Softdrinks, Finnland auf Softdrinks und Süßigkeiten, Ungarn auf Zucker und Salz. Diskutiert werden solche Steuern in Belgien, Großbritannien, Irland, Italien und Rumänien.

Wirkungsvoller als die internationale Debatte dürfte das Interesse der Finanzpolitik sein, der Kostenexplosion durch chronische Krankheiten nicht länger tatenlos zuzusehen. Schon heute verursachen zwanzig Prozent der Versicherten 80 Prozent der Krankenkassenausgaben, überwiegend für die Behandlung chronischer Krankheiten.

In der Wirtschaft sieht man angesichts der demografischen Entwicklung immer klarer, wie wichtig frühzeitige Gesundheitsförderung ist, um die Fitness der Belegschaft zu erhalten. Zwar haben große Unternehmen Möglichkeiten, betriebliche Gesundheitsförderung anzubieten, aber diese kann nur begrenzt wirken, da sie für die Prägung des Lebensstils zu spät kommt. Für kleinere und mittlere Unternehmen ist Gesundheitsförderung nur eingeschränkt möglich.

Wie seinerzeit das preußische Militär, als es den zunehmend schlechten Gesundheitszustand seiner Rekruten erkannte, darauf drängte, Kinderarbeit zu verbieten, so wird der Wirtschaftssektor zunehmend Druck auf die Politik ausüben, Kindern und Jugendlichen die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu schaffen.

Der Autor ist Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Erfolgreiche Medienarbeit

Der Befund liegt auf der Hand: Der Anstieg an Diabetiserkrankungen weltweit ist alarmierend, die damit verbundenen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem gewaltig. In dieser Situation ist es besonders wichtig, eine breite Öffentlichkeit über effektive Möglichkeiten zur Vorbeugung und Therapie des Diabetes mellitus aufzuklären. Dieser Aufgabe verschreibt sich die DDG als führende Fachgesellschaft seit vielen Jahren mit zunehmendem Erfolg. Davon zeugt die Medienarbeit der DDG, die von Fach- wie Publikumsmedien gleichermaßen wahrgenommen wird. Die DDG ist für Redaktionen aus den Bereichen Print, Funk und Fernsehen zu einem verlässlichen Ansprechpartner in Sachen Diabetes geworden.

Gute Mischung, starke Reichweite

Insgesamt 37 Meldungen hat die DDG-Pressestelle im vergangenen Jahr herausgegeben, in enger Abstimmung mit dem DDG-Pressesprecher Professor Dr. Andreas Fritsche aus Tübingen. Die Themenvielfalt reichte von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen über politische Statements bis zu nützlichen Ratgeberinformationen für Patienten und Angehörige. Eine breite Mischung, die gut ankam: Im Jahr 2012 konnte die Print-Reichweite erneut um 40 Millionen auf 294 Millionen Kontakte gesteigert werden – ein neuer Rekord. In über 2.450 Print-Artikeln wurden die DDG und ihre Experten zitiert und benannt.

Dabei greifen zum überwiegenden Teil resonanzstarke Publikumsmedien die Meldungen der DDG auf – Tageszeitungen, Nachrichtenmagazine, Illustrierte und

Boulevardmedien. Zugleich steigt auch die Präsenz der DDG in den Fachmedien seit Jahren kontinuierlich an (siehe Grafik rechts). Konkret standen im Jahr 2012 rund 2.080 Artikel in Publikumsmedien etwa 370 Berichten in Fachmedien gegenüber. Dass die DDG bei Medienschaffenden und Redaktionen als seriöse Informationsquelle gilt, zeigt unter anderem ihre Akzeptanz bei Nachrichtenagenturen wie dpa und dapd. Exakt 56 Pressemitteilungen liefen über deren Ticker, um von dort den Weg in regionale Tageszeitungen oder führende Onlinemedien zu finden.

Top-Ten-Themen in den Medien

Was interessierte die Medien besonders? Zu den Top-Ten-Themen des vergangenen Jahres zählte die Warnung vor verstecktem Zuckerkonsum, Tipps zur richtigen Blutzuckermessung und der Hinweis, dass Diabetesprieten in Kliniken sehr viel häufiger an Lungenentzündung sterben als Patienten mit normalem Blutzuckerspiegel. Neue Forschungsergebnisse fanden ebenfalls großen Anklang. Die Mitteilung, wonach herzkranke Diabetesprieten einer neuen Studie zufolge nach einer Bypass-Operation länger als nach einem Stent-Eingriff überleben, griffen viele Medien auf. Auf ein sehr breites Medienecho stieß schließlich auch die Meldung über einen neuen Risiko-Test, der die Erkrankungsgefahr bei Kleinkindern voraussagen kann.

Dabei ist die DDG bemüht, allzu einfachen Deutungsmustern der komplexen Stoffwechselstörung Diabetes öffentlich entgegenzutreten. Die Meldung, wonach das Sterberisiko normalgewichtiger Menschen mit Diabetes doppelt so hoch ist wie von übergewichtigen Diabetes-Patienten, fand viel Widerhall in den Medien – vermutlich auch deshalb, weil sie in Gegensatz zu gängigen Interpretationsmustern steht. Zu weiteren Schwerpunkten der Medienarbeit der DDG zählt die Interessenvertretung der Diabetesprieten auf gesundheitspolitischer Ebene. Wiederholt kritisierte die DDG die IQWiG-Entscheidungen zum Diabetesmedikament Linagliptin, was Eingang in die Fachmedien fand.

Kongresse: Treffpunkt der Medien

Ein weiteres mediales Highlight im Jahresverlauf der Fachgesellschaft bilden die beiden Kongresse – der Diabetes-Kongress im Frühjahr und die Diabetes-Herbsttagung. Zu diesen Anlässen verschickt die DDG im Vorfeld ebenfalls zahlreiche Pressemeldungen mit un-



Die Informationen der DDG sind auch mobil abrufbar.

In Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Versicherern und der FMH.

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Die Schweiz wird immer dicker. Jeder dritte Erwachsene und jedes fünfte Kind leidet an Übergewicht. Tendenz steigend. Mit regelmässiger Bewegung, weniger Fett und Zucker kann man viel für ein gesundes Körpergewicht tun. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen, die noch nicht stark übergewichtig sind, zeigt frühzeitiges Handeln grosse Wirkung. Es braucht wenig, um viel zu verändern: gesundheitsfoerderung.ch

So wird in der Schweiz für Gesundheitsförderung geworben.

mittelbarem Bezug auf das wissenschaftliche Kongressprogramm. Im Vorfeld und während des Kongresses finden auch Pressekonferenzen statt, bei denen Journalisten die Möglichkeit haben, mit DDG-Experten ins Gespräch zu kommen. Viele von ihnen berichten aktuell während und nach dem Kongress über das Geschehen und über neueste Erkenntnisse, andere sammeln Material für spätere Beiträge.

Ausgebaut hat die DDG-Pressestelle außerdem die Unterstützung der zertifizierten Einrichtungen in ihrer PR-Arbeit. Jede neu zertifizierte Praxis und Klinik erhält von der DDG-Pressestelle eine Muster-Pressemeldung, die sie nutzen kann; außerdem das Angebot, ihr bei ihrer Verbreitung behilflich zu sein. Das stärkt vor allem die Berichterstattung in den lokalen Medien und hilft den zertifizierten Einrichtungen, sich in ihrer Region als ausgewiesene Behandler zu profilieren.

Online-Kommunikation

Insgesamt nimmt auch die Präsenz der DDG in den Online-Medien kontinuierlich zu. Sie ist dort mit ihren Botschaften in den einschlägigen Fachportalen, aber auch in den Online-Angeboten der Fach- und Publikumsmedien zu finden. Von „Ärzte Zeitung Online“ über „Spiegel Online“ und „stern.de“ bis „bild.de“ wird immer

wieder die DDG zitiert und auf die DDG-Homepage verwiesen. Die Online-Präsenz wird auch durch die eigenen Internet-Aktivitäten der DDG verstärkt: Dazu gehört die Homepage unter www.ddg.info sowie die Kommunikation über Social-Media-Kanäle wie Facebook und Twitter. Das spiegelt sich auch im Google-Ranking wider, das heute entscheidend für die Präsenz im Internet ist: Gibt man dort in die Suchmaschine das Stichwort „Diabetes“ ein, wird die DDG mit ihrem Auftritt als erste industriunabhängige Seite gelistet.

Voraussetzung für den medialen Erfolg einer Fachgesellschaft wie der DDG sind die enge Abstimmung zwischen Vorstand, Pressesprecher und Pressestelle, die kurzen Reaktionszeiten aller Beteiligten, das aktive Themensetzen, das der DDG immer wieder hervorragend gelingt, und die anerkannte Expertise ihrer Meinungsbildner. Auch in Zukunft wird die DDG für die Umsetzung ihrer Anliegen und Strategien dieses Potenzial nutzen und die öffentlichen Diskussionen und Meinungsbildung zum Thema Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie der Volkskrankheit Diabetes aktiv mitgestalten.



Weitere Informationen finden Sie unter: www.ddg.info/presse

Büffeln unterm Kruzifix

In Zimmer 230 eines Altbaus in der Regensburger Innenstadt herrscht an diesem Morgen die entspannt-aufmerksame Atmosphäre eines Oberstufenseminars. Zwei Dutzend Erwachsene zwängen sich hinter Schulbänke, umringt von Kaffeetassen, Federmännchen, Fachbüchern und Skripten. Ihre Aufmerksamkeit gilt zwei Herren in Hemd und Krawatte, Vertreter einer Krankenkasse, die gerade ein Schaubild an die Wand projizieren. Dessen Text beschreibt in förmlichem Verwaltungsdeutsch, unter welchen Bedingungen gesetzliche Kassen Patienten eine Therapie mit Insulinpumpe genehmigen.

Bundesweit einheitliche Weiterbildung

„Gesundheitspolitik gehört als Nebenfach mit vier Unterrichtsstunden zur Weiterbildung. Verglichen mit Diabetologie, Psychologie und Pädagogik nimmt es wenig Platz ein“, erläutert Ernst Lesser in seinem Büro. Der 62-Jährige ist Vize-Leiter der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern: einer von bundesweit fünf Ausbildungsstätten für Diabetesberaterinnen. Alle Institute arbeiten nach einem einheitlichen Curriculum, das ebenso wie die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung seit 2010 gilt. Die Weiterbildung wurde 2011 vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) mit dem Weiterbildungs-Innovationspreis ausgezeichnet. Neben den Diabetesberaterinnen und Diabetesassistentinnen werden in Regensburg auch Wundassistentinnen für die DDG ausgebildet.

Seit Beginn des ersten Kurses 1997 haben rund 1.300 Arzhelferinnen, Krankenpflegerinnen, Diätassistentinnen und Oecotrophologinnen die berufsbegleitenden Weiterbildungen in Regensburg absolviert. Diabetesassistentinnen absolvieren dafür heute zweimal zwei Wochen Blockunterricht, Diabetesberaterinnen drücken insgesamt zwölf Wochen in fünf Blöcken die Schulbank. Zwischen 22 und 50 Jahren ist jede Altersgruppe in den Kursen vertreten. Ernst Lesser: „Unsere Diabetesberaterinnen stammen je zur Hälfte aus Arztpraxen und den diabetologischen Abteilungen von Kliniken. Bei den Diabetesassistentinnen, die sich früher fast ausschließlich aus den Praxen rekrutierten, gewinnen die Krankenhäuser Boden.“

Arzhelferin Elisabeth Rudholzer macht eine Weiterbildung zur Diabetesberaterin. Ernst Lesser ist Vize-Leiter der Katholischen Akademie für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern, Regensburg.

Diabetes-Fachkräfte sind gefragt

In jedem Fall scheint die Motivation hoch zu sein. „Ich möchte mehr Verantwortung für die Therapie unserer Patienten übernehmen können“, erzählt Elisabeth Rudholzer während einer Kaffeepause auf dem Flur vor den Seminarräumen. Die 27-Jährige arbeitet als Arzhelferin in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Freilassing, einem bayerischen Grenzort zu Österreich. Bei ihrem Arbeitgeber stieß sie mit dem Karrierewunsch auf offene Ohren. „Mein Chef hat sogar angeboten, die Finanzierung zu übernehmen.“ 2.900 € wird sie die Weiterbildung zur Diabetesberaterin kosten. Für die Fortbildung zur Diabetesassistentin werden 1.300 € fällig. Das Geld scheint auch für diejenigen Absolventinnen gut angelegt, die die Kurse aus eigener Tasche bezahlen müssen. „Qualifizierte Diabetes-Fachkräfte sind gesucht. Wir erhalten in der Akademie eine steigende Anzahl von Anfragen und Stellenangeboten, die wir am schwarzen Brett aushängen“, sagt Ernst Lesser.

Betthupferl auf dem Kopfkissen

Um die Schülerinnen zu beherbergen, die aus ganz Bayern anreisen, aber auch aus anderen Bundesländern, bietet die Katholische Akademie in Haupt- und Nebenhaus 48 Gästezimmer an. Die 17 Quadratmeter großen Räume sind schlicht, aber gemütlich eingerichtet. Auf dem Kopfkissen wartet ein Schokostück, auf dem Nachttisch die Bibel. Die Heilige Schrift verweist ebenso wie die hölzernen Kruzifixe an den Wänden und eine Kapelle im ersten Stock des Gebäudes auf den katholischen Caritasverband, der die Akademie betreibt. Freilich ohne Missionierungsabsicht. Seminarleiter Ernst Lesser: „Es gibt keine religiöse Beschränkung. Wir hatten hier schon Muslime, Baptisten und Zeugen Jehovas zur Weiterbildung. Der Zugang ist für alle offen.“



Füße in besten Händen

Das Wartezimmer kennt er gut. Seit sieben Jahren kommt Detlev Ramm in die Praxis von Dr. med. Katrin Reuter-Ehrlich. An das erste Mal kann sich der 59-jährige Diabetiker gut erinnern. „Mein Fuß war heiß, dick und rot.“ Detlev Ramm litt unter einer infizierten Zehenwunde mit begleitender Vorfußphlegmone. Ohne seine Ärztin, da ist sich der Patient aus Thüringen sicher, hätte er längst Zehen und den vorderen Fußteil verloren.

Wundbehandlung ist nicht alles

Dr. Katrin Reuter-Ehrlich, die gemeinsam mit ihren Kollegen Dr. Schramm und Dr. Reuter eine große Diabetologische Schwerpunktpraxis in Jena führt, ist Spezialistin für das Diabetische Fußsyndrom. Sie leitet die DDG-zertifizierte Fußambulanz der Praxis und behandelt pro Quartal etwa hundert diabetische Fußwunden. „Mit Wundbehandlung allein ist dem Diabetischen Fußsyndrom allerdings nicht beizukommen“, sagt die Diabetologin. „Auf das sehr komplexe Krankheitsgeschehen kann man nur mit einem interdisziplinären, individuell für den Patienten erstellten Behandlungskonzept reagieren, das auch eine entlastende Schuhversorgung und die regelmäßige Nachsorge enthalten muss.“ Ihre Fußambulanz garantiert eine solche Therapie. Nach den Richtlinien der AG Fuß der DDG zertifiziert sein heißt, einem Katalog von Qualitätsanforderungen gerecht zu werden – und das alle drei Jahre neu nachzuweisen. Kernstück sind neben einem gut ausgebildeten Praxisteam funktionierende interdisziplinäre Kooperationen mit anderen Fachgebieten, wie Gefäßchirurgie, Radiologie, Orthopädienschuhtechnik, und einer stationären Einrichtung. Auch die zur DDG-Zertifizierung gehörenden aktiven und passiven Hospitationen schätzt die Ärztin aus Jena. „Der Austausch mit den ‚Fuß-Kollegen‘ bereichert die eigene Arbeit.“

Lückenlose Fotodokumentation

Grundlage jeder Therapie ist eine sorgfältige Untersuchung der Patienten. Was das in der Praxis bedeutet, demonstriert Katrin Reuter-Ehrlich am PC. Nach ein paar Klicks erscheint auf dem Monitor eine lückenlose Dokumentation mit Fotos und Kommentaren über Detlev Ramm, die bis ins Jahr 2006 zurückreicht. „Bei jeder Kontrolle sehen wir uns stets beide Füße an, und Wunden werden beurteilt, ausgemessen und fotografiert“, erläutert die Medizinerin. „Man vergleicht beide Füße auch in Bezug auf ihre Temperatur. Die AG Diabe-



Dr. med. Katrin Reuter-Ehrlich (Mitte) mit ihrem Praxisteam.

tischer Fuß stellt hierfür den speziell entwickelten Fuß-Dokumentationsbogen zur Verfügung.“

Die Krankengeschichte von Detlev Ramm zeigt, welche Auswirkungen Diabetes auf die Füße haben kann. Schon früh entstand bei ihm eine Polyneuropathie, eine Schädigung der Fußnerven. Mit typischen Folgen: Eine Fehl- und Überbelastung der Füße stellte sich ein, gleichzeitig fiel ein natürlicher Schutzmechanismus des Körpers aus – das Schmerzempfinden. Auch die Psyche spielt bei dem Krankheitsverlauf eine wichtige Rolle. „Füße, die man nicht mehr spürt, werden vergessen“, erläutert Katrin Reuter-Ehrlich. Detlev Ramm nahm seine Fußwunden nicht mehr wahr. Zusätzlich entwickelte sich bei ihm eine Durchblutungsstörung, die das Abheilen der Wunden erschwerte.

Behandlung statt Amputation

„An ihm“, so Katrin Reuter-Ehrlich, „kann man das Diabetische Fußsyndrom in all seinen Facetten studieren.“ Jeder Heilung folgte eine neue Wunde, schließlich mit Osteomyelitis, einer Knochenentzündung. In vielen Kliniken hätte man vermutlich in dieser Situation mindestens den Vorfuß amputiert. Die engagierte Spezialistin aus Jena entschied anders: In der Gefäßchirurgie wurde zunächst die Durchblutung verbessert. „Der mit uns kooperierende Chirurg an einer DDG-zertifizierten Klinik operierte dann gezielt die befallenen Mittelfußköpfchen“, berichtet Katrin Reuter-Ehrlich. Detlev Ramm konnte seinen Fuß behalten und trägt jetzt orthopädische Maßschuhe.

Für Diabetische Füße ist Jena eine ausgezeichnete Adresse: Es gibt vier DDG-zertifizierte Fußambulanzen, die alle mehr als ausgelastet sind. Bundesweit sind zur Zeit 280 Einrichtungen durch die Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der DDG zertifiziert.

Hans-Ulrich Häring/Martin Hrabé de Angelis/Michael Roden

Neueste Erkenntnisse zum Thema Diabetes

Die starke Zunahme des Diabetes in der alternden Bevölkerung Deutschlands bringt das Gesundheitssystem an die Grenzen seiner Belastbarkeit. Umso wichtiger ist es, durch interdisziplinäre Forschungsansätze wirksame Präventions- und Behandlungsmaßnahmen zu entwickeln.

Mit dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD) hat die Bundesregierung 2009 einen nationalen Forschungsverbund gegründet, mit dem Ziel, zukünftig wissenschaftliche Ergebnisse schneller in die klinische Praxis zu bringen. Partner im DZD sind: Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Deutsches Diabetes-Zentrum in Düsseldorf, Deutsches Institut für Ernährungsforschung, Potsdam-Rehbrücke, Universität Tübingen und Universität Dresden.

Grundlagenforschung für Diabetestherapien von morgen

„Im Deutschen Zentrum für Diabetesforschung herrschen großartige Bedingungen, neue vielschichtige Fragestellungen der Diabetesforschung interdisziplinär anzugehen. Wir möchten mit unseren Ergebnissen den Menschen völlig neue personalisierte Präventions- und Therapieoptionen bieten“, fasst Prof. Hrabé de Angelis die Forschungsziele der DZD-Wissenschaftler zusammen.

Diabetesrisiko in den Genen

Die Entstehung von Diabetes ist ein komplexer Prozess, der durch ein vielschichtiges Zusammenspiel von Genen, Lebensstil und Umweltfaktoren über Jahre zur Erkrankung führt. Untersuchungen an Mausmodellen mit genetisch bedingtem Diabetes liefern ein detailliertes Wissen über die zugrunde liegenden Mechanismen. In der Deutschen Diabetes-Mausklinik in Neuherberg werden durch eine standardisierte Untersuchung solcher Mäuse Risikogene identifiziert.

Neben Mutationen können auch äußere Einflüsse wie Ernährung, körperliche Aktivität und Umweltfaktoren über epigenetische Mechanismen die Aktivität stoffwechselrelevanter Gene steuern. DZD-Wissenschaftler erforschen dieses molekulare Gedächtnis des Körpers für Umwelteinflüsse, das die Genexpression im eigenen Körper, aber auch bei Nachkommen beeinflusst, ohne die Sequenz der Gene zu verändern. Die Ergeb-



nisse sollen dazu beitragen, zukünftig spezifischere Diagnosen durch Unterteilung des Diabetes in Subklassen zu treffen.

Typ-2-Diabetes: Ursprung im Gehirn?

Die Untersuchung der Rolle des Gehirns als Steuerzentrale des menschlichen Stoffwechsels bildet einen der Schwerpunkte im DZD. Insulin ist an der Gewichtsregulation im Körper beteiligt. Insulin nimmt direkt Einfluss auf bestimmte Hirnregionen, die den Stoffwechsel und auch das menschliche Verhalten und Empfindungen steuern. Diese Regulation ist bei älteren Personen oder auch bei Übergewichtigen durch eine Insulinresistenz des Gehirns gestört. Ursache können genetische Faktoren, aber auch erhöhte Blutfettwerte oder bestimmte Ernährungsbestandteile wie gesättigte Fettsäuren sein. Diese Erkenntnisse belegen deutlich, dass sich nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität unserer Ernährung auf das Gehirn und in Folge auf den gesamten Metabolismus auswirkt. Durch ein verbessertes Verständnis dieser Zusammenhänge hoffen die DZD-Wissenschaftler, weiteren Ursachen von Stoffwechselerkrankungen wie dem metabolischen Syndrom oder Diabetes auf die Spur zu kommen.

Biomarker geben dem Diabetesrisiko ein Gesicht

Untersuchungen des menschlichen Metaboloms erlauben, weitere Biomarker für ein erhöhtes Diabetesrisiko zu identifizieren. Das Metabolom umfasst die Summe aller Stoffwechselprodukte. Dem zu Grunde liegt die Untersuchung von zigtausend Serumproben großer epidemiologischer Studien wie KORA oder EPIC-Potsdam. Erkenntnisse aus diesen Studien kamen bereits bei der Entwicklung des Deutschen Diabetes-Risiko-Tests® zur Anwendung. Neue Biomarker könnten zukünftig die Grundlage für eine frühzeitige und vereinfachte Prognose eines Diabetesrisikos mittels Bluttest sein und den Deutschen Diabetes-Risiko-Test® sinnvoll ergänzen.

Erhalt der Betazelle – Hoffnungsträger Stammzelltherapie?

Darüber hinaus könnten neue Erkenntnisse zur Physiologie der Pankreatischen Inseln die Grundlage für neuartige Medikamente zur Erhaltung oder auch Wiederherstellung der Aktivität der Betazellen bilden.

Sind die Betazellen unwiederbringlich zerstört und kann der Arzt den Patienten mit den bisher etablierten Therapien nicht zufriedenstellend versorgen, so verbessert die Transplantation von Langerhans'schen Inseln die Behandlung des Diabetes entscheidend. Die DZD-Wissenschaftler arbeiten intensiv daran, die Präparationstechniken der Spenderorgane zu optimieren, um diese Therapie für mehr Patienten zu ermöglichen. Stammzelltherapien könnten zukünftig eine interessante Behandlungsoption darstellen. Momentan verfolgen die Wissenschaftler zwei Ansätze:

- Körpereigene Vorläufer- oder Stammzellen sollen im Körper durch geeignete Wirkstoffe angeregt werden, sich zu vermehren und Betazellen zu bilden.
- Verschiedene Typen von Stammzellen werden aus dem Patienten isoliert und im Labor zu Betazellendifferenziert und anschließend transplantiert.

Während sich der erste Ansatz noch im Anfangsstadium befindet, können transplantierte, speziell behandelte Stammzellen schon jetzt zumindest Mäuse vom Diabetes heilen.

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ulrich Häring, Sprecher des Instituts für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen des Helmholtz Zentrums München an der Universität Tübingen, Prof. Dr. Martin Hrabé de Angelis, Sprecher des Helmholtz Zentrums München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt, Prof. Dr. Michael Roden, Sprecher des Deutschen Diabetes-Zentrums in Düsseldorf

Klinische Studien – Diabetesforschung nah am Menschen

Personalisierte Präventions- und Therapiemaßnahmen, das heißt die passende Therapie für die richtige Patientengruppe zur richtigen Zeit, sind Ziel dreier bundesweiter klinischer Multicenterstudien des DZD.

- Individualisierte Diabetesprävention: Mit den Ergebnissen der Prädiabetes-Lebensstil-Interventionsstudie (PLIS) wollen DZD-Ärzte Menschen helfen, bei denen eine Lebensstilintervention nicht den gewünschten Erfolg zur Prävention des Typ-2-Diabetes zeigt. Nach einer umfangreichen Phänotypisierung der Studienteilnehmer vergleichen die Wissenschaftler die Wirksamkeit unterschiedlicher Lebensstilprogramme und setzen diese in Relation zu physischen Merkmalen wie der Körperfettverteilung bzw. zu Biomarkern.
- Risiko Gestationsdiabetes: Der Frage nach Risikofaktoren und geeigneten Präventionsmaßnahmen bei Gestationsdiabetes will die PREG-Studie des DZD auf den Grund gehen.
- Neue Erkenntnisse zum Krankheitsverlauf und zu den schwerwiegenden gesundheitlichen Auswirkungen eines unzureichend behandelten Diabetes sollen helfen, Diabetes-Folgeerkrankungen zu verhindern. Das Hauptaugenmerk liegt bei der Deutschen Diabetes-Studie (DDS) auf der Entwicklung von Folgeschäden durch den Einfluss einzelner Faktoren wie Lebensstil, weiteren Begleiterkrankungen oder genetischen und metabolischen Parametern. So wollen die Ärzte zukünftig Risiken einzelner Patientengruppen besser bestimmen und rechtzeitig Vorsorge treffen.

Fazit

Diabetes und seine Folgeerkrankungen schränken die Lebensqualität der Patienten stark ein und stellen Ärzte und Gesundheitssystem gleichermaßen vor Herausforderungen. Mit zukunftsweisender Grundlagenforschung und patientennahen Studien wollen die Forscher des DZD diesen Problemen zukünftig mit individualisierten Präventions- und Therapiemaßnahmen begegnen.

DDG-Stellungnahmen 2012



DDG rät von Biochronotherapie bei Kindern mit Diabetes Typ 1 ab

An die DDG ist eine Anfrage über die Behandlung eines 12-jährigen Mädchens herangetragen worden, welches an einem insulinpflichtigen Typ-1-Diabetes erkrankt ist. Laut ärztlicher Bescheinigung wurde es im Oktober 2011 in einer privatärztlichen Praxis in Baden-Baden mittels „Biochronotherapie“ zur „Gesundung vom chronischem Diabetes“ behandelt. Angeblich sind dabei Kosten in Höhe von 30.000 Euro aufgelaufen. Die DDG stellt fest, dass es für die Behauptung, mittels Biochronotherapie eine Besserung oder gar eine Gesundung eines Typ-1-Diabetes zu erreichen, keine wissenschaftlich gesicherten Belege gibt. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft und diabetesDE raten Kliniken und Patienten ab, sich auf diese Behandlungsangebote einzulassen.

(Februar 2012)



Hilfestellung für die ICD-Kodierung bei entgleistem Diabetes oder Komplikationen

Bei der stationären Diabetestherapie spielt das Diagnosespektrum eine zentrale Rolle zur Ermittlung der richtigen Diagnosis-Related-Group. Ein entscheidender Schritt ist die Prüfung, ob bei Hauptdiagnose Diabetes mellitus ein entgleister Diabetes festgestellt wird, und ob mindestens zwei oder mehr Manifestationen/Komplikationen vorliegen. In der Praxis wird die Diagnosestellung der Kliniken seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oft infrage gestellt. Hierbei geht es um die Durchführung diagnostischer Maßnahmen, die Interpretation der Ergebnisse, den Nachweis von inneren Zusammenhängen – also um medizinische Sachverhalte, die in den Kompetenzbereich der Diabetologie fallen. Deshalb bezieht die DDG anhand der entsprechenden Fachliteratur Stellung und beleuchtet typische Fragen, die in diesem Zusammenhang diskutiert werden. Ausführlich unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/stellungnahmen

(März 2012)



Leitsubstanzquoten für die Verordnung von Antidiabetika gefährden das Patientenwohl

Seit 2008 setzen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen jedes Jahr Ordnungsquoten für bestimmte Arzneimittelgruppen fest, auch für wichtige Diabetesmedikamente. Die DDG kritisiert diese Zielvorgaben als unwissenschaftlich und warnt vor Gesundheitsrisiken für Menschen mit Diabetes. So ist die methodische Vorgehensweise zur Festsetzung der Ordnungsquoten für Metformin und Sulfonylharnstoffe sowie GLP-1-Rezeptoragonisten nach Auffassung der DDG intransparent. Besonders auffällig sei, dass für verschiedene Bundesländer unterschiedliche Zielvorgaben formuliert sind. Ärzte, die sich konsequent an den Vorgaben orientieren, müssen laut DDG zwangsläufig Gegenanzeigen missachten oder Unverträglichkeiten riskieren. Die DDG fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen daher auf, als Verhandlungspartner der Krankenkassen darauf zu drängen, die Zielvorgaben auf eine wissenschaftlich fundierte Basis zu stellen. *(März 2012)*



Wahl der Blutzucker-Messsysteme: Genauigkeit und Handhabung sind entscheidende Kriterien

Der Apothekerverband und der Verband der Ersatzkassen haben im Jahr 2010 die Unterscheidung von A- und B-Systemen für Blutzuckermesssysteme vereinbart. Diese Vereinbarung hat bei Patienten wie Ärzten Unruhe ausgelöst. Die DDG betont, dass es keine rechtliche Verpflichtung zur Umstellung von A- auf B-Systeme durch den Arzt gibt. Aus Sicht der DDG sollten Systemsicherheit und praktische Aspekte bei der Wahl des Messsystems handlungsleitend sein. Zum Aspekt Sicherheit: Studien zeigen, dass von 34 CE-markierten Blutzuckermesssystemen sieben Systeme die Vorgaben dieser Norm nicht erfüllten. Praktische Kriterien sind Gerätegröße, Lesbarkeit des Displays, Handhabung des Teststreifens, Barrierefreiheit, Häufigkeit von Fehlmessungen, Funktionalität, qualifizierte Datenspeicherung und Datenverarbeitung sowie Versorgungssicherheit. Dabei gilt Genauigkeit vor Handhabung und Vielseitigkeit. *(Juli 2012)*



Ganzkörperscanner haben vermutlich keinen Einfluss auf Insulinpumpen

Können Ganzkörperscanner auf amerikanischen Flughäfen eine Gefahr für Insulinpumpen und Systeme für das kontinuierliche Glukosemonitoring (CGM) darstellen? Die DDG hat dazu ein Kurzgutachten erstellen lassen. Ergebnis: Aus physikalischer Sicht ist nicht zu erwarten, dass das Scannen am Flughafen einen relevanten Einfluss auf die Funktion einer Insulinpumpe hat. Allerdings gibt es dazu keine systematischen Untersuchungen, sodass ein Zusammenhang nicht vollkommen ausgeschlossen werden kann. Fakt ist, dass die Hersteller von Insulinpumpen und CGM-Geräten zahlreiche Untersuchungen zur Wechselwirkung diverser Strahlenquellen und Felder mit ihren Produkten vornehmen und die Ergebnisse in den Handbüchern als Produkthinweise beschreiben. Patienten, die sich unsicher sind, sollten die Insulinpumpe einfach ablegen. Im unwahrscheinlichen Fall, dass ein Schaden dennoch eintreten sollte, haften dafür die Firmen. *(November 2012)*



DDG kritisiert IQWiG-Bericht zu Linagliptin: Methodisch mangelhaft, wissenschaftlich unbegründet

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist in seinem Abschlussbericht zu dem Urteil gekommen, dass Linagliptin keinen Zusatznutzen in der Diabetestherapie bringt. Die DDG hält diesen Abschlussbericht für methodisch mangelhaft und wissenschaftlich unbegründet. Die Kritik der DDG entzündet sich dabei wesentlich an drei Punkten: an der fehlerhaften Einordnung der Aufdosierung von Glimperid, der unwissenschaftlichen Bewertung von Unterzuckerungen und der methodisch fragwürdigen Forderung nach einer Vergleichstherapie mit der Kombination Metformin und Insulin. Aus Sicht der DDG ist auf Basis gegenwärtiger Daten erwiesen, dass unter einer Linagliptin-Therapie weniger lebensgefährliche Unterzuckerungen und Herzinfarkte auftreten. „Dieser Unterschied ist ein substanzieller Zusatznutzen für den Patienten mit Typ-2-Diabetes und darf nicht ignoriert werden“, betont die DDG. *(Dezember 2012)*

Nicole Mattig-Fabian

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat 2008 zusammen mit dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) die gemeinnützige Gesamtorganisation diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe gegründet. Wir treten ein für bessere Prävention, Versorgung und Forschung im Kampf gegen die Volkskrankheit Diabetes. Das übergeordnete Ziel ist das Erreichen einer Nationalen Diabetes-Strategie. Daher sind die Hauptaufgaben von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe die nationale und internationale Interessenvertretung und eine breite Öffentlichkeitsarbeit. Zum Erfüllen des Satzungszwecks gehört auch der Aufbau von Spendenprojekten für Kinder und Erwachsene mit Diabetes sowie der Ausbau der Selbsthilfe.

Neue Selbsthilfeorganisation DDH-M gegründet

Trotz jahrelanger Verhandlungen mit dem Deutschen Diabetiker Bund (DDB) konnte leider keine Einigung für eine strukturelle Einbindung der Organisationen erzielt werden. Deshalb wurde im Sommer 2012 die Selbsthilfeorganisation „Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes“ (DDH-M) unter dem Dach von diabetesDE gegründet. Inhaltlich arbeitet diabetesDE mit dem DDB weiterhin konstruktiv zusammen. So gab es Oktober 2012 einen gemeinsamen Termin im Bundesgesundheitsministerium, an dem die Mehrheit der Beteiligten, die das Basispapier zum Nationalen Diabetes-Plan konsentiert haben, teilnahmen.

Nationale Diabetes-Strategie ist notwendig

Das ernüchternde Gespräch im Gesundheitsministerium, das eine zeitnahe nationale Diabetes-Strategie ausschloss, hat diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe veranlasst, das Bundestagswahljahr 2013 zu nutzen, um gesundheitspolitische Forderungen verstärkt an die Politik heranzutragen. Aus diesem Grund hat diabetesDE mit Vertretern der DDG, des VDBD und der DDH-M sowie nationalen und internationalen Experten eine politische Kampagne entwickelt.

Diabetes stoppen – jetzt!

Politiker und Medien brauchen knappe Botschaften, die das Problem der chronischen Krankheit auf den ersten Blick erkennen lassen. diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe hat daher die Bewegung „Diabetes STOPPEN – jetzt!“ ins Leben gerufen. Wir rufen alle Mitglieder auf,

unsere Forderungen mit ihren Wahlkreis-Bundestagsabgeordneten zu diskutieren (siehe Kasten). So können Sie mitwirken: www.diabetes-stoppen.de

Politische Interessenvertretung ausbauen

Der Ausbau der Interessenvertretung wurde in den vergangenen vier Jahren kontinuierlich vorangetrieben. Allein 2012 hat diabetesDE knapp 20 Gespräche mit Parlamentariern aller Parteien geführt, um von der dramatischen Entwicklung der Diabeteszahlen zu überzeugen. Auch international ist diabetesDE zu einer Größe geworden. So traf eine Delegation beim „European Diabetes Leadership Forum“ den ehemaligen UN-Generalsekretär Kofi Annan, der seine Forderung „To do nothing is no longer an option“ mit der Ergänzung unterstrich: „We don't have enough money to do nothing.“ Ein Satz, den auch deutsche Politiker verstehen sollten.

Medien Futter geben

diabetesDE setzt auch auf ungewöhnliche Aktionen. So haben wir die Forderung nach einem Verkaufsverbot für zuckerhaltige Getränke an Schulen medienwirksam vor einer Berliner Schule, die den Trinkwasserkonsum fördert, inszeniert: Zusammen mit der Grünen-Fraktionsvorsitzenden Renate Künast kippte der Vorstandsvorsitzende von diabetesDE, Prof. Thomas Danne, eine Schubkarre mit so viel Zucker aus, wie Kinder pro Jahr mit Limonade konsumieren. Die Aktion wurde von vielen Medien (darunter „Zeit Wissen“) aufgegriffen. Wichtigster Medienpartner war 2012 der Diabetes Ratgeber vom Wort & Bild Verlag, mit dem eine erfolgreiche Kooperation abgeschlossen werden konnte: Über einen Basistarif von 5 Euro konnten bislang knapp 2.000 neue Mitglieder gewonnen werden.

Strahlkraft der Leuchttürme erhöhen

Um Diabetes zum Gesellschaftsthema zu machen, bedarf es nicht nur der politischen Arbeit. Feste Größen sind inzwischen die „Diabetes Charity-Gala“ oder die Patientenveranstaltung zum „Weltdiabetestag“. Mit der Charity-Gala wird besonders viel Gutes getan: 2012 konnten 72 T Euro für die Spendenprojekte von diabetesDE eingenommen werden. 2013 setzen wir alles daran, die Strahlkraft dieser Leuchttürme noch zu erhöhen.

Die Autorin ist Geschäftsführerin diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe.

Kampagne im Bundestagswahljahr 2013

Diabetes, das bedeutet: 6 Millionen Betroffene in Deutschland und 1.000 Neuerkrankungen am Tag. Jede Stunde sterben drei Erkrankte. 40.000 Amputationen werden jedes Jahr durchgeführt, und 2.000 Menschen erblinden. 48 Milliarden Euro direkte Kosten entstehen im Jahr.

1. Bestmögliche Versorgung sichern

- Die Forschung zugunsten einer Vermeidung und Heilung von Diabetes in Deutschland mehr fördern!
- Früherkennung ausbauen – Untersuchung auf Diabetes bei Personen mit hohem Diabetesrisiko!
- Der Patient steht im Mittelpunkt! Lebensqualität erhalten durch Beratung und Schulung, Empowerment erfordert angemessene Honorierung der „sprechenden Medizin“!
- Diabetologische Versorgung und Versorgungsforschung ausbauen, um Ressourcen effektiver einzusetzen!
- Qualifikation der Diabetesberufe stärken: Facharzt „Innere Medizin und Diabetologie“, staatliche Anerkennung Diabetesberater/in in allen Bundesländern!
- Erstattung von Leistungen nur für qualitätsgesicherte Behandlung!
- Erstattung von Glucose-Mess-Systemen (CGM), wenn ärztlich empfohlen!

2. Gesunden Lebensstil fördern

- Einrichtung einer Fett- und Zuckersteuer gegen Übergewicht!
- Jeden Tag eine volle Stunde Sport in der Schule!
- Kein Verkauf von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken an Schulen, Trinkwasserstationen an allen Schulen und Betrieben!
- Ausweisung von Broteinheiten (BE) auf verpackten Lebensmitteln!
- Nährwertkennzeichnung in Kettenrestaurants, direkt neben der Preisauszeichnung!
- Ampelkennzeichnung auf der Vorderseite der Verpackung!
- Keine Werbung für übergewichtsfördernde Lebensmittel und Getränke (zu fett, zu süß, zu salzig), die sich an Kinder und Jugendliche wendet!
- Einhaltung von Qualitätsstandards für die Schulverpflegung und in Betriebskantinen!
- Betriebliche Gesundheitsförderung stärken!

3. Selbsthilfe stärken

- Stimmrecht für Patienten im G-BA!
- Kassen-Boni für Betroffene, die in der Selbsthilfe aktiv sind!
- Stärkere Einbindung der Selbsthilfe im Gesundheitswesen als bürgerschaftliches Engagement!
- Für Kinder mit Typ-1-Diabetes so früh wie möglich Selbstmanagement durch Sportangebote und Freizeiten fördern!



Bilanz

Aktiva	31.12.2012	31.12.2011
	€	T€
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	62.017,50	100
II. Sachanlagen		
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	44.216,64	42
III. Finanzanlagen		
Wertpapiere des Anlagevermögens	2.414.225,00	2.411
	2.520.459,14	2.553
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	28.420,00	26
– davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0 TEUR)		
2. Sonstige Vermögensgegenstände	67.847,05	49
– davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0 TEUR)		
	96.267,05	75
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	404.136,04	281
C. Rechnungsabgrenzungsposten	145.380,00	187
Summe Aktiva	3.166.242,23	3.096
Passiva	31.12.2012	31.12.2011
	€	T€
A. Eigenkapital		
Ergebnisrücklagen	2.506.860,13	2.626
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	0,50	51
C. Rückstellungen		
1. Steuerrückstellungen	2.500,00	0
2. Sonstige Rückstellungen	102.136,40	85
	104.636,40	85
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	89.675,96	109
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 89.675,96 EUR (Vorjahr 109 TEUR)		
2. Sonstige Verbindlichkeiten	7.516,74	18
davon aus Steuern 7.516,74 EUR (Vorjahr 18 TEUR)		
	97.192,70	127
E. Passive Rechnungsabgrenzungsposten	457.552,50	207
Summe Passiva	3.166.242,23	3.096

Gewinn- und Verlustrechnung

	2012	2011
	€	T€
1. Umsatzerlöse	1.748.540,18	1.679
2. Sonstige betriebliche Erträge	682.157,25	810
Summe der betrieblichen Erträge	2.430.697,43	2.489
3. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren	4.120,43	4
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	729.358,84	635
	733.479,27	639
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	392.240,93	282
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	69.643,40	47
davon aus Altersversorgung 12.351,96 EUR (Vorjahr 5 TEUR)		
	461.884,33	329
Zwischenergebnis	1.235.333,83	1.521
5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	100.909,99	107
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	1.322.411,83	1.239
Zwischenergebnis	-187.987,99	175
7. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	71.560,44	73
8. Abschreibungen auf Finanzanlagen und Wertpapiere des Umlaufvermögens	0,00	13
9. Finanzergebnis	71.560,44	60
10. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	-116.427,55	235
Außerordentliches Ergebnis	0,00	0
11. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	2.506,00	1
12. Jahresüberschuss	-118.933,55	234
13. Entnahme aus der/Einstellung in die Ergebnisrücklage	118.933,55	-234
14. Bilanzergebnis	0,00	0

Einnahmen-Ausgaben-Rechnung

Ausgaben	2012	2011	Veränderung	
	€	€	€	%
1. Wissenschaftsförderung und Leitlinien				
1.1 Preise und Projektförderung	367.942,00	293.600,00	+74.342,00	25,3
1.2 Wissenschaftliche Zeitschriften	93.217,55	91.954,17	+1.263,38	1,4
1.3 Leitlinien	30.566,65	926,58	+29.640,07	-
1.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u.a.	17.650,00	14.350,00	+3.300,00	23,0
1.5 Gremienarbeit	67.475,33	50.786,25	+16.689,08	32,9
Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien	576.851,53	451.617,00	+125.234,53	27,7
2. Fortbildung/Weiterbildung/Zertifizierung				
2.1 Fortbildung Diabetologe DDG	230.304,78	91.032,13	+139.272,65	-
2.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG	482.730,00	457.390,00	+25.340,00	5,5
2.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung	11.018,00	43.381,75	-32.363,75	74,6
Summe Fortbildung/Weiterbildung/ Zertifizierung	724.052,78	591.803,88	+132.248,90	22,3
3. Kommunikation und Mitgliederbetreuung				
3.1 Medienarbeit/Internet	95.133,69	51.218,81	+43.914,88	85,7
3.2 Mitgliederbetreuung	23.336,42	11.656,40	+11.680,02	-
Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung	118.470,11	62.875,21	+55.594,90	88,4
4. Unterstützung diabetesDE e. V.	480.000,00	540.000,00	-60.000,00	11,1
5. Personalkosten				
5.1 Gehälter	352.761,81	237.779,23	+114.982,58	48,4
5.2 Personalnebenkosten	63.410,61	46.632,77	+16.777,84	36,0
5.3 Sonstiges	49.909,75	48.463,46	+1.446,29	3,0
Summe Personalkosten	466.082,17	332.875,46	+133.206,71	40,0
6. Verwaltung				
6.1 Büromiete und Nebenkosten	32.709,54	32.422,77	+286,77	0,9
6.2 Büroausstattung und -material	11.383,98	10.186,76	+1.197,22	11,8
6.3 Telefon/Telefonkonferenzen	3.925,14	3.718,47	+206,67	5,6
6.4 Laufende EDV-Kosten	26.205,87	33.420,49	-7.214,62	21,6
6.5 Reisekosten/Bewirtung	17.396,60	14.970,08	+2.426,52	16,2
6.6 Beratung	23.115,56	39.774,02	-16.658,46	41,9
6.7 Sonstiges	15.401,07	22.969,57	-7.568,50	33,0
Summe Verwaltung	130.137,76	157.462,16	-27.324,40	17,4
7. Investitionen				
7.1 EDV/Software	46.344,55	5.801,85	+40.542,70	-
7.2 Betriebs- und Geschäftsausstattung	19.307,55	3.907,99	+15.399,56	-
Summe Investitionen	65.652,10	9.709,84	+55.942,26	-
Ausgaben gesamt	2.561.246,45	2.146.343,55	+414.902,90	19,3

Einnahmen	2012	2011	Veränderung	
10. Einnahmen				
10.1 Mitgliedsbeiträge	717.479,00	705.780,00	+11.699,00	1,7
10.2 Kursgebühr Fortbildung Diabetologe DDG	293.050,00	136.200,00	+156.850,00	115,2
10.3 Zertifizierung Behandlungseinrichtungen	81.700,00	95.800,00	-14.100,00	14,7
10.4 Kursgebühr Weiterbildung Diabetesberater DDG	485.111,00	586.824,00	-101.713,00	17,3
10.5 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG Fuß	9.499,79	17.059,54	-7.559,75	44,3
10.6 Erlöse Provisionen Zeitschriften	55.417,89	54.668,06	+749,83	1,4
10.7 Spenden und Sponsoring	109.538,73	104.591,12	+4.947,61	4,7
10.8 Frühjahrstagung	400.000,00	525.000,00	-125.000,00	23,8
10.9 Herbsttagung	144.500,00	152.500,00	-8.000,00	5,2
10.10 Sonstige Einnahmen	127.362,94	104.790,68	+22.572,26	21,5
Einnahmen gesamt	2.423.659,35	2.483.213,40	-59.554,05	2,4
Überschuss	-137.587,10	+336.869,85	-474.456,95	
Wesentliche zahlungsunwirksame Vorgänge	+18.653,55	-103.139,90	+121.793,45	
Ergebnis der Gewinn- und Verlustrechnung	-118.933,55	+233.729,95	-352.663,50	

Erläuterungen zu wesentlichen Veränderungen

Die Ausgaben für **Wissenschaftsförderung und Leitlinien** haben sich um 125 T€ auf 577 T€ erhöht. Insbesondere konnten die Ausgaben für Preise und Projektförderungen gesteigert werden auf 368 T€ (+ 74 T€) und die Ausgaben für Leitlinien (+ 30 T€).

Die Ausgaben für **Fortbildung/Weiterbildung und Zertifizierung** haben sich gegenüber dem Vorjahr um 132 T€ erhöht. Dies hängt damit zusammen, dass zweieinhalb Fortbildungskurse für den Diabetologen DDG mit 244 Teilnehmern (2011 ein Kurs mit 112 Teilnehmern) ausgerichtet wurden. Demgegenüber fielen einmalige Aufwendungen für die Fortentwicklung der Zertifizierung von Behandlungseinrichtungen (2011 30 T€) nicht wieder an.

Die **Personalkosten** nahmen gegenüber dem Vorjahr um 133 T€ auf 466 T€ zu. Die Erhöhung ergibt sich daraus, dass in 2012 der Geschäftsführer das ganze Jahr (2011 nur 6 Monate) bei der DDG beschäftigt war und eine approbierte Ärztin eingestellt wurde.

Im Bereich der **Verwaltung** konnten die Ausgaben um 27 T€ gegenüber dem Vorjahr gesenkt werden, im Wesentlichen durch Reduzierung der Beratungskosten um 17 T€ und der EDV-Kosten um 7 T€. 2011 waren Rechtsberatungskosten für eine Satzungsänderung entstanden, die es 2012 nicht gegeben hat.

Die **Investitionen** sind gegenüber dem Vorjahr um 56 T€ gewachsen. Wesentliche Investitionen waren 2012 eine Zertifizierungs-Datenbank, in der erstmalig alle Zertifizierungen und Fortbildungen einheitlich zusammengefasst und zugänglich sind, ein Relaunch der Webseite und eine neue Telefonanlage.

Die **Gesamteinnahmen** haben sich gegenüber dem Vorjahr um 59 T€ auf 2.424 T€ (Vorjahr 2.483 T€) verringert. Die Einnahmen aus der Frühjahrstagung in Stuttgart haben sich gegenüber dem Vorjahr in Leipzig um 125 T€ verringert, da 871 zahlende Besucher weniger teilgenommen haben. Die Einnahmen aus den Kursgebühren Weiterbildung Diabetesberater DDG haben sich um 102 T€ verringert, da 2012 ein Kurs weniger stattgefunden und sich die Teilnehmerzahl je Kurs verringert hat. Dies wurde teilweise durch die Mehreinnahmen aus den Kursgebühren Diabetologie DDG in Höhe von 157 T€ (Vorjahr 136 T€) kompensiert. In den übrigen Bereichen gab es Mehr- und Mindereinnahmen in geringerem Umfang.

Insgesamt haben sich damit die Ausgaben der DDG gegenüber dem Vorjahr um 415 T€ erhöht und die Einnahmen um 59 T€ verringert. Dadurch entstand, anders als im Vorjahr, kein positiver Überschuss, sondern eine Unterdeckung von 138 T€. Nach Berücksichtigung wesentlicher zahlungsunwirksamer Vorgänge schließt die Gewinn- und Verlustrechnung mit einer Unterdeckung von 119 T€ ab. Die Ergebnismittel haben sich von 2.626 T€ am 01.01.2012 auf 2.507 T€ am 31.12.2012 verringert. Die Finanzlage der Gesellschaft ist weiterhin sehr stabil. Es sind liquide Mittel in Höhe eines Jahresbudgets vorhanden.

Unter der Voraussetzung, dass die Mitgliederversammlung der Entnahme aus Ergebnismitteln in Höhe von 119 T€ zustimmt, erteilen wir zum Jahresabschluss folgenden Bestätigungsvermerk:

Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers

An die Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V., Berlin

Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung – unter Einbeziehung der Buchführung der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2012 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung des Jahresabschlusses nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter des Vereins. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss unter Einbeziehung der Buchführung abzugeben.

Wir haben unsere Jahresabschlussprüfung nach § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsmäßiger Abschlussprüfung vorgenommen. Danach ist die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass Unrichtigkeiten und Verstöße, die sich auf die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und den Jahresabschluss wesentlich auswirken, mit hinreichender Sicherheit erkannt werden.

Bei der Festlegung der Prüfungshandlungen werden die Kenntnisse über die Geschäftstätigkeit und über das wirtschaftliche und rechtliche Umfeld des Vereins sowie die Erwartungen über mögliche Fehler berücksichtigt. Im Rahmen der Prüfung werden die Wirksamkeit des rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystems sowie Nachweise für die Angaben in Buchführung und Jahresabschluss überwiegend auf der Basis von Stichproben beurteilt. Die Prüfung umfasst die Beurteilung der angewandten Bilanzierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen der gesetzlichen Vertreter sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Jahresabschlusses. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unsere Beurteilung bildet. Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.

Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften.

Berlin, 25. Februar 2013



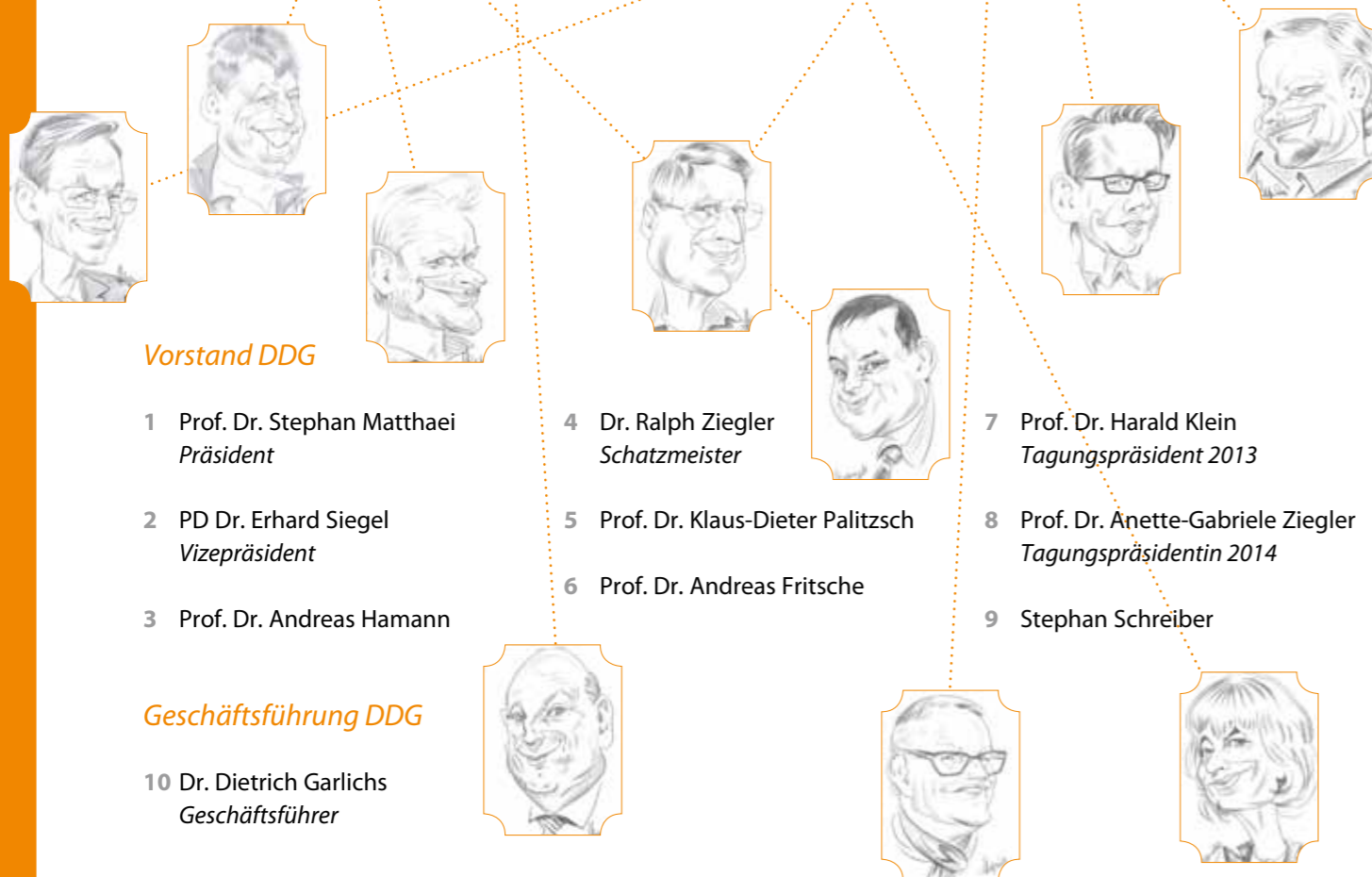
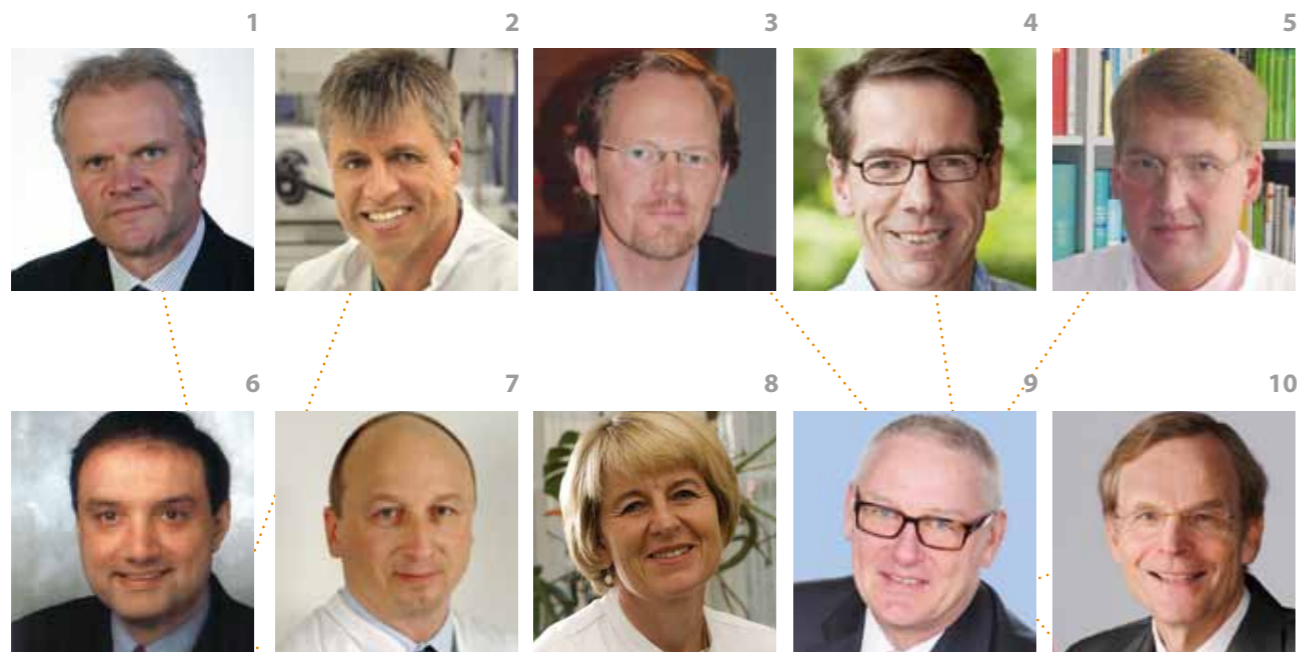
Solidaris Revisions-GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Zweigniederlassung Berlin

Joachim Preiss
Wirtschaftsprüfer



Joris Pelz
Wirtschaftsprüfer

Vorstand und Geschäftsführung



Vorstand DDG

- 1 Prof. Dr. Stephan Matthaei
Präsident
- 2 PD Dr. Erhard Siegel
Vizepräsident
- 3 Prof. Dr. Andreas Hamann
- 4 Dr. Ralph Ziegler
Schatzmeister
- 5 Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch
- 6 Prof. Dr. Andreas Fritsche
- 7 Prof. Dr. Harald Klein
Tagungspräsident 2013
- 8 Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler
Tagungspräsidentin 2014
- 9 Stephan Schreiber

Geschäftsführung DDG

- 10 Dr. Dietrich Garlichs
Geschäftsführer

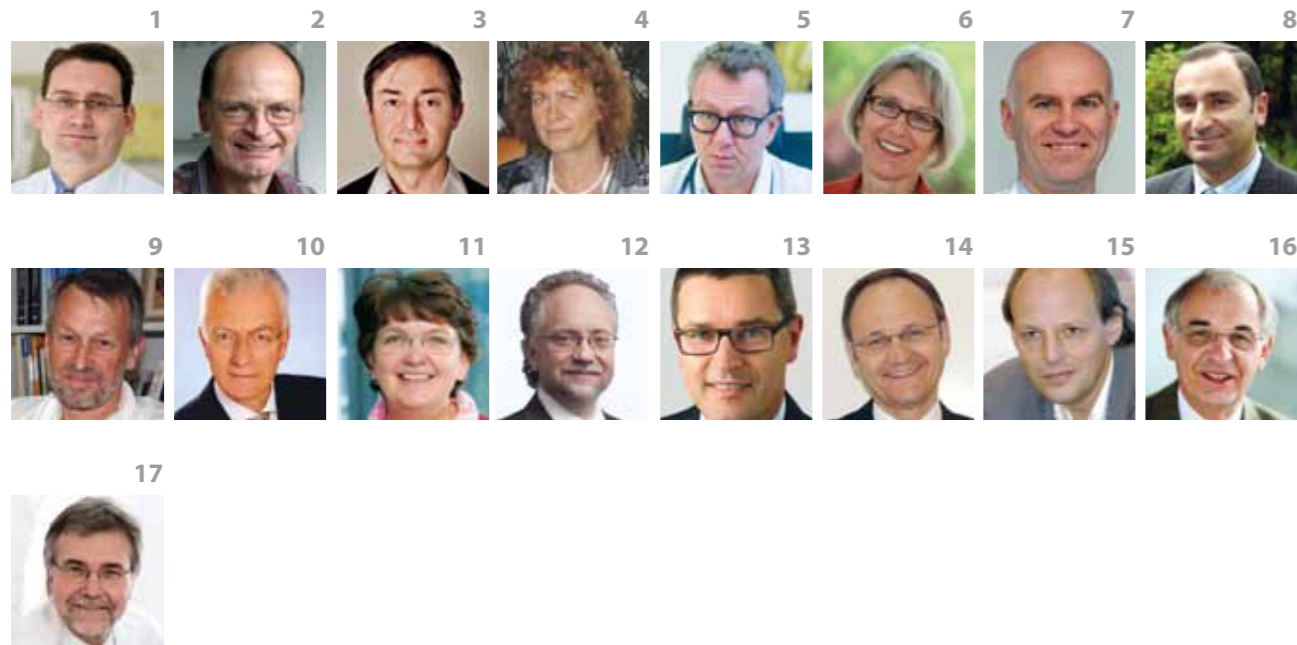
Ausschüsse und Kommissionen der DDG



Ausschüsse und Kommissionen

- 1 Rechtsanwalt Oliver Ebert
Vorsitzender Ausschuss Soziales
- 2 PD Dr. Erhard Siegel
Vorsitzender Ausschuss Diabetologe DDG
- 3 Dr. Andreas Lueg
Vorsitzender Ausschuss Diabetologe DDG
- 4 Prof. Dr. Harald Klein
Vorsitzender Ausschuss Pharmakotherapie des Diabetes
- 5 Prof. Dr. Michael Nauck
Vorsitzender Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte
- 6 Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch
Vorsitzender Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung
- 7 Prof. Dr. Andreas F. H. Pfeiffer
Vorsitzender Ausschuss Ernährung
- 8 Dr. Alexander Risse
Vorsitzender Kommission zur Einbindung der Apotheker in die Diabetikerversorgung
- 9 Prof. Dr. Markus Tiedge
Vorsitzender Ausschuss „Conflict of Interest“

Arbeitsgemeinschaften der DDG



Arbeitsgemeinschaften

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Prof. Dr. Ralf Lobmann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß | 7 Dr. Dr. Andrej Zeyfang
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie | 13 PD Dr. Michael Hummel
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft |
| 2 Prof. Dr. Andreas Neu
Sprecher Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie | 8 Prof. Dr. Dan Ziegler
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Nervensystem | 14 Prof. Dr. Stephan Jacob
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Herz |
| 3 Dr. Batuhan Parmakerli
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten | 9 Dr. Peter Zimmer
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport | 15 PD Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie |
| 4 PD Dr. Ulrike Rothe
Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie | 10 Prof. Dr. Klaus Badenhoop
Sprecher Arbeitsgemeinschaft Molekularbiologie und Genetik des Diabetes | 16 Prof. Dr. Rüdiger Landgraf
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Prävention des Diabetes mellitus Typ 2 |
| 5 Dr. Richard Daikeler (kommissarisch)
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte | 11 Irene Feucht
Sprecherin Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie | 17 PD Dr. K. D. Lemmen
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Auge |
| 6 PD Dr. Ute Schäfer-Graf
Sprecherin Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft | 12 Prof. Dr. Lutz Heinemann
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetologische Technologie | |

Ohne Abbildung:
Dr. Christof Klooß, *Sprecher Arbeitsgemeinschaft für Strukturierte Diabetestherapie*
Prof. Dr. Gunter Wolf, *Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Niere*

Regionalgesellschaften der DDG



Regionalgesellschaften/Landesgruppen

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 PD Dr. Rainer Lundershausen
Vorsitzender Thüringer Gesellschaft für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten e. V. | 5 Prof. Dr. Harald Klein
Vorsitzender Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Endokrinologie & Diabetologie e. V. | 9 Prof. Dr. Karl-Michael Derwahl
Vorsitzender Berliner Diabetes-Gesellschaft e. V. |
| 2 Dr. Bärbel Hirschhäuser
Vorsitzende Arbeitskreis „Diabetes“ im Saarländischen Ärzteverband | 6 Prof. Dr. Tobias Lohmann
Vorsitzender Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien e. V. | 10 Prof. Dr. Morten Schütt
Vorsitzender Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Diabetes |
| 3 Prof. Dr. Reinhard Holl
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg | 7 Dr. Andreas Liebl
Vorsitzender Fachkommission Diabetes in Bayern (FKDB) e. V. | 11 Dr. Michael Eckhard
Vorsitzender Hessische Fachvereinigung für Diabetes |
| 4 Prof. Dr. Wolfgang Kerner
Vorsitzender Verein der Diabetologen Mecklenburg-Vorpommern e. V. | 8 Prof. Dr. Michael Nauck
Vorsitzender Regionalgesellschaft Niedersachsen/Bremen der DDG | 12 Prof. Dr. Matthias M. Weber
Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e. V. |
| | | 13 Dr. Jürgen Wernecke
Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V. |

Ohne Abbildung:
Dr. Christian Franke, *Brandenburger Diabetes Gesellschaft e. V.*
Prof. Dr. Roland Willenbrock, *Vorsitzender Diabetesgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.*

Impressum

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Autoren: Dagmar Arnold, Anne-Katrin Döbler, Bernhard Hobelsberger, Julia Hommrich, Dr. Nana Mosler, Kerstin Ullrich
Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft
Fotos/Illustrationen: DDG und privat, Thieme Verlagsgruppe und privat, Corbis/Hal Roach Studios (Titelfoto), D. Arnold (S. 15), 5. Ausgabe des IDF Diabetes Atlas, 2012 (S. 26–27), HNA Hessische Allgemeine vom 31.07.2012 (S. 29), Jung von Matt (S. 31), B. Hobelsberger (S.32), Fotostudio ebenbild – Sophienstr. 2 – 07743 Jena (S.33), fotolia (S. 36, 37)
Layout & Satz: Melanie Schell



Das Original: Harold Lloyd (1893–1971) in dem Film "Safety Last" (in Deutschland unter dem Titel: „Sicherheit spielt keine Rolle“) von 1923. Im selben Jahr konnte das Hormon Insulin erstmals industriell isoliert werden. Frederick Grant Banting und John Macleod erhielten dafür nur wenige Monate später den Nobelpreis. Charles Best, der an der Entdeckung des Insulins ebenso beteiligt war, ging leer aus. Banting teilte jedoch sein Preisgeld mit Best, der im hohen Alter selbst an Diabetes mellitus litt.



Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Reinhardtstraße 31
10117 Berlin
Tel.: 030 3116937-0
Fax: 030 3116937-20
E-Mail: info@ddg.info

www.ddg.info

