

Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Donnerstag, 16. März 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

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

Themen und Referenten:

Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen im Krankenhaus: Droht der Diabetologie das Aus?

PD Dr. med. Erhard Siegel

Past Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Chefarzt Innere Medizin, St. Josefskrankenhaus Heidelberg

Ohne Klinik kein Nachwuchs: Wer kümmert sich 2025 noch um Patienten mit Diabetes?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen

Neue therapeutische Ansatzpunkte: Was das AMNOG in der Diabetologie bewirkt hat

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

Vizepräsident und Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Screening auf Schwangerschaftsdiabetes – sind wir auf dem richtigen Weg?

Professor Dr. med. Ute Schäfer-Graf

Leiterin Berliner Diabeteszentrum für Schwangere am St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG

Moderation: Anne-Katrin Döbler
Pressestelle DDG, Stuttgart

Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Stefanie Becker
Pressestelle DDG
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-642
Fax: 0711 8931-167
becker@medizinkommunikation.org

**Jahrespressekonferenz
der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Termin: Donnerstag, 16. März 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung.

Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: becker@medizinkommunikation.org

Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Stefanie Becker

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931- 642

Fax: 0711 8931-167

becker@medizinkommunikation.org

PRESSEMITTEILUNG

DDG rät zum Glukosetoleranztest bei Risikoschwangerschaften Warum nicht gleich der zuverlässige Test?

Berlin, März 2017 – Eine Schwangerschaft ist immer auch eine Herausforderung für den Blutzuckerhaushalt: Hormone, die vor allem in der zweiten Schwangerschaftshälfte produziert werden, verringern die Wirkung von Insulin und können so zur Entstehung eines Schwangerschafts- oder Gestationsdiabetes mellitus (GDM) beitragen. Damit dieser nicht unerkannt bleibt, wird allen Schwangeren zwischen der 24. und 28. Woche ein entsprechender Blutzuckerbelastungstest angeboten. Die Mutterschaftsrichtlinie sieht hierfür jedoch nur die einfachere von zwei Testvarianten vor. Damit könne ein GDM jedoch nicht zuverlässig erkannt werden, kritisiert die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Bei Risikoschwangeren – etwa Frauen über 30 oder übergewichtigen Frauen – solle direkt der aufwändigere aber aussagekräftige diagnostische Glukosetoleranztest zum Einsatz kommen.

Bei dem derzeit vorgeschriebenen Screening-Test trinkt die Schwangere eine Zuckerlösung mit 50 Gramm Glukose. Eine Stunde später wird der Blutzuckerwert gemessen; liegt dieser über 135 mg/dl, besteht der Verdacht auf einen Schwangerschaftsdiabetes. „Leider schließt aber auch ein niedrigerer Wert einen GDM nicht sicher aus“, sagt Professor Dr. med. Ute Schäfer-Graf, die das Berliner Diabetes-Zentrum für Schwangere am St. Joseph-Krankenhaus in Berlin leitet. Genaue Daten zur Aussagekraft des Screenings lägen nicht vor, eine Untersuchung aus den 1990er-Jahren sprach jedoch damals schon dafür, dass mindestens jede fünfte gefährdete Frau nicht erkannt werde.

Sobald Warnzeichen für einen GDM auftreten – etwa vermehrtes Durstgefühl der Schwangeren, eine deutliche Zunahme der Fruchtwassermenge oder des kindlichen Bauchumfangs – sollte der Frauenarzt seiner Patientin daher unbedingt auch noch den aussagekräftigeren oralen Glukosetoleranztest anbieten. Für diesen kurz als 75 g oGTT bezeichneten Test muss die Schwangere morgens nüchtern in die Praxis kommen. Nachdem der Nüchtern-Blutzucker gemessen wurde, trinkt sie eine Lösung mit 75 Gramm Glukose. Nach einer sowie nach zwei Stunden wird erneut der Blutzuckerwert bestimmt.

„Aus einer weltweiten Studie mit 25 000 Schwangeren wissen wir, dass bei fast jeder dritten Schwangeren mit GDM nur der Nüchtern-Blutzucker erhöht ist“, sagt DDG-Expertin Schäfer-Graf. In all diesen Fällen könne die Stoffwechsellage nur mit dem 75 g oGTT erkannt werden, nicht aber mit dem einfachen Screening – denn hier werde der Nüchtern-Blutzucker schließlich gar nicht gemessen.

Ergibt der einfache Screening-Test Werte über 135 mg/dl, sieht die Mutterschaftsrichtlinie zur weiteren Abklärung auch hier die Durchführung eines 75 g oGTT vor. „Um ihren Patientinnen die Belastung durch einen doppelten Test zu ersparen und gleichzeitig die Gefahr einer Fehldiagnose zu minimieren, bieten viele Frauenärzte direkt den 75 g oGTT an“, weiß Schäfer-Graf. Weil die Krankenkassen jedoch nur den 75 gr Test bezahlen, wenn ein Suchtest vorausgegangen ist, zahlen die Ärzte zuweilen den Differenzbetrag aus eigener Tasche. Alternativ bieten sie den präzisen oGTT als IGEL-Leistung an, die die Schwangere selbst bezahlen muss. DDG Präsident Professor Dr. med. Baptist Gallwitz vom Universitätsklinikum Tübingen sieht das Thema Früherkennung des Schwangerschaftsdiabetes im Kontext der Ökonomisierung in der Medizin und von Sparmaßnahmen der Kassen. Er empfiehlt: „Zumindest bei Schwangeren mit erhöhtem GDM-Risiko, etwa bei starkem Übergewicht, sollte der oGTT auch direkt abgerechnet werden können“. Im Idealfall sollte dies sogar für alle Schwangeren gelten.

Die Zusatzkosten für den präzisen Test sind mit einem Euro für den Nüchtern-Blutzuckertest plus einem Euro für den „Zwei-Stundenwert“ vergleichsweise gering, der Nutzen für die Schwangeren hingegen groß. Demgegenüber stehen bei dem jetzt bei vielen Schwangeren notwendigen zweistufigen Untersuchungen (50 g Test und dann 75 g OGTT) zusätzliche Arztbesuche an – also wird auf Kostenträgerseite wahrscheinlich gar nichts teurer, wenn man einheitlich auf 75 g oGTTs umstellte.

Schätzungen zufolge entwickeln immerhin fünf bis zehn Prozent aller Schwangeren einen GDM. DDG Präsident Gallwitz mahnt: „Unerkannt und unbehandelt birgt diese Stoffwechselstörung große Risiken für Mutter und Kind: Die Mütter haben ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt und eine sogenannte Präeklampsie mit Bluthochdruck und vermehrter Eiweißausscheidung“. Zudem werde der Stoffwechsel des Ungeborenen im Mutterleib so fehlgeprägt, dass sein Risiko, später selbst einen Diabetes zu entwickeln, deutlich erhöht ist.

Bei ihrer **Jahrespressekonferenz am 16. März 2017** diskutieren Experten der DDG die Folgen von Sparmaßnahmen der Krankenkassen für Diabetespatienten. Thema wird auch sein, wie sich ökonomischer Wettbewerb und das Streben nach Gewinnoptimierung in den deutschen Krankenhäusern auf das Gesundheitssystem auswirken.

Terminhinweis:

**Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
„Ökonomisierung in der Medizin: Fällt die gute Versorgung von Menschen mit Diabetes dem Rotstift zum Opfer?“**

Termin: Donnerstag, 16. März 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz Berlin, Raum 4

Jetzt bewerben für die DDG Medienpreise 2017!

Die DDG schreibt auch in diesem Jahr drei Medienpreise aus, die mit insgesamt 6.000 Euro dotiert sind. Eingereicht werden können **Artikel** (Print und Online) sowie Beiträge aus **Hörfunk und Fernsehen**, die zwischen dem 1. August 2016 und dem 31. Juli 2017 publiziert wurden/werden. Prämiiert werden Arbeiten, denen es gelingt, Diabetes-Mythen zu „entzaubern“ und ein Bewusstsein für diese Krankheit und ihre Folgeerkrankungen zu schaffen. **Einsendeschluss ist der 31. Juli 2017**. Weitere Informationen zur Ausschreibung finden Sie [hier](#).

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit über 9.000 Mitgliedern eine der 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 wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Kontakt für Journalisten:

Pressestelle DDG
Stefanie Becker
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-642, Fax: 0711 8931-167
becker@medizinkommunikation.org

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

PRESSEMITTEILUNG

Ökonomisierung in der Medizin:

Weniger Medikamente, Klinikabteilungen und Ärzte für immer mehr Menschen mit Diabetes?

Berlin, März 2017 – Das deutsche Gesundheitssystem bietet eine hohe Versorgungsqualität, die sich am neuesten medizinischen Standard orientiert. Doch diese Qualität und das Wohl der Patienten sind bedroht, wenn durch im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) bewertete Therapiestrategien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften als „medizinischer Standard“ empfohlen werden, nicht zur Verfügung stehen oder auf Grund des Preises nicht umgesetzt werden. Zudem stehen durch den ökonomischen Wettbewerb in Kliniken insbesondere die Abteilungen auf dem wirtschaftlichen Prüfstand, die einen hohen Anteil an sprechender Medizin aufweisen und damit als unrentabel gelten: Bereits mehrere internistische, diabetologische und endokrinologische Klinikabteilungen wurden geschlossen und mit ihnen auch dringend benötigte Weiterbildungsmöglichkeiten für den medizinischen Nachwuchs. Dabei sind gerade Menschen mit Diabetes eine stetig wachsende Patientengruppe, deren Versorgung auch künftig gesichert sein muss.

Neu in den Markt eingeführte Arzneimittel oder Indikationserweiterungen von Medikamenten werden im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) einer „Frühen Nutzenbewertung“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unterzogen. Zur Nutzenbewertung legt der G-BA eine „zweckmäßige Vergleichstherapie“ (ZVT) fest und beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), ein entsprechendes Nutzenbewertungsgutachten zu erstellen. „Die DDG unterstützt die sinnvolle Notwendigkeit und das Konzept des AMNOG zur Kostenbegrenzung grundsätzlich“, erläutert Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Vizepräsident und Mediensprecher der DDG und ergänzt: „Allerdings sehen wir in mehreren Punkten

Verbesserungspotenzial“. Der G-BA sollte strukturiert die wissenschaftlichen Fachgesellschaften bei der Definierung des „medizinischen Standards“ miteinbeziehen. Die Patientenrelevanz sollte durch strukturierte und stimmberechtigte Einbindung von Betroffenen bei der Bewertung und Entscheidung deutlicher wahrgenommen werden. Grundsätzlich hält die DDG auch einen unabhängigen wissenschaftlichen Beirat unter anderem zur medizinischen Plausibilitätskontrolle der AMNOG-Ergebnisse für sinnvoll.

Derzeit werden in Deutschland Menschen mit Diabetes von circa 60.000 Hausärzten und etwa 1.100 Schwerpunktpraxen mit Diabetologen ambulant betreut. Die stationäre spezialisierte Betreuung erfolgt in etwa 165 zertifizierten Einrichtungen in Krankenhäusern. Schon jetzt zeichnet sich ein Nachwuchsproblem ab: „Fast ein Drittel der Ärzte ist älter als 50 Jahre, fast ein Fünftel sogar älter als 60. Diese Entwicklung hängt nicht zuletzt mit der ständig sinkenden Zahl an klinischen Lehrstühlen für Diabetologie und Stoffwechsel an den deutschen Universitäten und Ausbildungsmöglichkeiten in Krankenhäusern zusammen“, erklärt DDG Präsident Professor Dr. med. Baptist Gallwitz vom Universitätsklinikum Tübingen. Die Diabetologie als vermeintlich ambulantes Fach der „sprechenden Medizin“ ist zunehmend in den Kliniken nicht mehr vertreten, sodass sie auch im Rahmen der Weiterbildung nicht mehr angemessen vermittelt werden kann. „Deshalb müssen die Bundesländer und der Bund dafür sorgen, dass die Zahl der diabetologischen Lehrstühle wieder steigt. Außerdem muss die Diabetologie als selbstständige Einheit an großen Versorgungskrankenhäusern erhalten bleiben und essenzieller Teil der Weiterbildung in der Inneren Medizin und in der Berufsausbildung anderer Gesundheitsberufe sein“, betont der Präsident der DDG. Der medizinische Nachwuchs benötige in der Diabetologie attraktive und definierte Karrierewege. Das Gleiche gelte für die Ausbildung der diabetologischen Assistenzberufe wie beispielsweise die der Diabetesberaterinnen DDG, die staatlich anerkannt sein und eine entsprechende Berufsgruppeneinstufung erhalten sollte.

Bei ihrer **Jahrespressekonferenz am 16. März 2017** diskutieren Experten der DDG die Folgen von Sparmaßnahmen für Diabetespatienten.

Terminhinweis:

**Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
„Ökonomisierung in der Medizin: Fällt die gute Versorgung von Menschen mit Diabetes dem Rotstift zum Opfer?“**

Termin: Donnerstag, 16. März 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz Berlin, Raum 4

Jetzt bewerben für die DDG Medienpreise 2017!

*Die DDG schreibt auch in diesem Jahr drei Medienpreise aus, die mit insgesamt 6.000 Euro dotiert sind. Eingereicht werden können **Artikel** (Print und Online) sowie Beiträge aus **Hörfunk und Fernsehen**, die zwischen dem 1. August 2016 und dem 31. Juli 2017 publiziert wurden/werden. Prämiert werden Arbeiten, denen es gelingt, Diabetes-Mythen zu „entzaubern“ und ein Bewusstsein für diese Krankheit und ihre Folgeerkrankungen zu schaffen. **Einsendeschluss ist der 31. Juli 2017**. Weitere Informationen zur Ausschreibung finden Sie [hier](#).*

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit über 9.000 Mitgliedern eine der 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 wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Kontakt für Journalisten:

Pressestelle DDG

Stefanie Becker

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-642, Fax: 0711 8931-167

becker@medizinkommunikation.org

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Geschäftsstelle

Albrechtstraße 9, 10117 Berlin

Tel.: 030 3116937-0, Fax: 030 3116937-20

info@ddg.info

www.ddg.info

Ohne Klinik kein Nachwuchs: Wer kümmert sich 2025 noch um Patienten mit Diabetes?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, EberhardKarlsUniversität Tübingen

Derzeit werden in Deutschland Patienten mit Diabetes von ca. 60.000 Hausärzten und ca. 1.100 Schwerpunktpraxen mit Diabetologen ambulant betreut; der Bedarf für eine Schwerpunktpraxis liegt bei mindestens einer Praxis pro 50.000-100.000 Einwohnern deutlich höher und nimmt bei steigender Prävalenz des Diabetes zu. Die stationäre spezialisierte Betreuung erfolgt in ca. 165 zertifizierten Einrichtungen in Krankenhäusern. Für die Versorgung der Bevölkerung gibt es zudem auf ärztlicher Seite ein Nachwuchsproblem, denn fast ein Drittel der Ärzte ist älter als 50 Jahre, fast ein Fünftel sogar älter als 60. Um „Versorgungslücken“ nicht noch größer werden zu lassen, muss die Nachwuchsgewinnung und -förderung für Ärzte, Fachkräfte in Assistenz- und Pflegeberufen (z.B. Diabetesberater) und andere Berufe (Psychologen, Wissenschaftler) als zentrales Handlungsfeld gesehen werden.

Im Studium sowie in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung ist die Diabetologie heute nicht ausreichend verankert und repräsentiert. Viele Ausbildungs- oder Studienabsolventen kommen in ihren Beruf, ohne auf die Behandlung von Menschen mit Diabetes ausreichend vorbereitet zu sein oder mit den vielfältigen Möglichkeiten des Fachs in Berührung gekommen zu sein – und das, obwohl die interdisziplinären und interprofessionellen Aspekte der Diabetologie wichtige Handlungskompetenzen vermitteln. Diese Entwicklung hängt nicht zuletzt mit der ständig sinkenden Zahl an klinischen Lehrstühlen für Diabetologie und Stoffwechsel an den deutschen Universitäten und Ausbildungsmöglichkeiten in Krankenhäusern zusammen. Die Diabetologie als vermeintlich ambulantes Fach der „sprechenden Medizin“ ist zunehmend in den Kliniken nicht mehr vertreten, sodass sie auch im Rahmen der Weiterbildung nicht mehr angemessen vermittelt werden kann. Folglich entsteht eine „Abwärtsspirale“ mit immer weniger Experten, die Diabetologie lehren, und immer weniger Berufsanfängern, die sich für eine Karriere in der Diabetologie entscheiden. Die ständig steigende Zahl an Patienten kann somit in Zukunft nicht mehr kompetent behandelt werden.

Die DDG und die Berufs- und Patientenverbände haben daher in ihrem Positionspapier „Diabetologie 2025“ drei zentrale Forderungen formuliert:

1. Diabetologie muss im Studium standardmäßig verankert werden. Neben den derzeit 14 „Querschnittsfächern“ im Medizinstudium sollte sie als 15. Querschnittsfach anerkannt werden. Die DDG setzt sich dafür ein, dass in der Weiterentwicklung der Curricula und des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) beziehungsweise des Masterplans Medizinstudium 2020 die Diabetologie besser abgebildet wird.
2. Die Bundesländer und der Bund müssen dafür sorgen, dass die Zahl der Lehrstühle für Diabetologie und Stoffwechsel in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin wieder steigt. Die Diabetologie muss als selbstständige Einheit an großen Versorgungskrankenhäusern erhalten bleiben und essenzieller Teil der Weiterbildung in der Inneren Medizin und in der Berufsausbildung anderer Gesundheitsberufe sein. Voraussetzung dafür ist, dass die „sprechende Medizin“ im DRG-System angemessen abgebildet wird.
3. Der medizinische Nachwuchs benötigt in der Diabetologie attraktive und definierte Karrierewege. Dazu muss die ärztliche Qualifikation im Teilgebiet beziehungsweise der Facharzt für Diabetologie anerkannt und etabliert werden. Das Gleiche gilt für die Ausbildung der diabetologischen Assistenzberufe wie beispielsweise die der Diabetesberater/innen DDG, die staatlich anerkannt sein und eine entsprechende Berufsgruppeneinstufung erhalten sollten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2017

Neue therapeutische Ansatzpunkte: Was das AMNOG in der Diabetologie bewirkt hat?

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

Vizepräsident und Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),
Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Notwendigkeit und Konzept des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) zur Kostenbegrenzung im Sinne der Solidargemeinschaft werden von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) unterstützt, wobei am Verfahren deutliche Verbesserungen bei Patienten mit chronischen Krankheiten, wie z.B. Diabetes, wünschenswert wären. Hierbei sieht die DDG folgende wesentliche Punkte:

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte strukturiert die wissenschaftlichen Fachgesellschaften bei der Definierung des „medizinischen Standards“ nach SGB V einbinden; zum Beispiel bei der Festlegung der sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie, der Fragestellungen, der gutachterlichen Stellungnahme für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einschließlich der Festlegung von Sub-Populationen, klinischen Endpunkten und Kriterien für die Nutzenbewertung.
- Zudem sollte bei chronischen Krankheiten die Patientenrelevanz durch strukturierte und stimmberechtigte Einbindung der Betroffenen - „Ihre Stimme“ - bei der Bewertung und Entscheidung deutlicher wahrgenommen werden.
- Grundsätzlich hielten wir auch einen unabhängigen wissenschaftlichen Beirat u.a. zur medizinischen Plausibilitätskontrolle der AMNOG-Ergebnisse für sinnvoll.

Missverständnis: das AMNOG gibt nur einen Rahmen für Preisverhandlungen. Das AMNOG beauftragt das IQWiG um Bewertung eines möglichen Zusatznutzens eines neuen Medikamentes im Vergleich zu einer vom G-BA festgelegten und in der Versorgung weit verbreiteten „Standard“-Therapie. Daher prüft das IQWiG nicht den Effekt und die Sicherheit eines neuen Medikamentes, dies ist die Aufgabe des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bei der Zulassung, sondern setzt allein mit der Beurteilung eines eventuellen Zusatznutzens den Rahmen für die anschließenden Preisverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Hersteller. Ein eventuell nicht vorhandener „Zusatznutzen“ bedeutet nicht, dass dies Medikament „schlecht ist oder nicht wirkt“, sondern lediglich, dass keine Beurteilung (häufig auf Grund

IQWiG-methodenbedingter formaler Kriterien) in Bezug auf die Fragestellung und Vergleichstherapie erfolgen konnte. Dieses Missverständnis verunsichert Ärzteschaft, Patienten und Öffentlichkeit. Wir hoffen, dass dieses „Missverständnis“ nicht durch das sogenannte Arzt-Informationen-System noch weitere Verbreitung finden wird.

„Vergleichstherapie“ heißt nicht, dass es eine Alternative zu innovativen Medikamenten gibt.

Wenn eine neue Therapie „verglichen“ wird, suggeriert dies durch die Methode vom IQWiG und die Fragestellung des G-BA, dass es vergleichbar effektive Alternativen gäbe. Neue Medikamente aber werden insbesondere bei chronischen und multifaktoriell bedingten Krankheiten, wie z.B. Diabetes mellitus, entwickelt, weil Therapieziele mit verfügbaren Substanzen meist nicht erreicht werden können. Die „additive“ Wirkung von neuen Medikamenten in Bezug auf den prozentualen Anteil von Patienten, die nun durch die zusätzliche Gabe der neuen Substanz von wissenschaftlichen Fachgesellschaften („medizinischer Standard“) empfohlene Therapieziele erreichen könnten, wird nicht berücksichtigt!

Unsinniger „Preisanker“ bei chronischen Krankheiten durch die zweckmäßige Vergleichstherapie.

Im Anschluss an die Bewertung einer neuen Therapie durch den G-BA werden Preisverhandlungen unter Ausschluss der Öffentlichkeit allein zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer geführt. Wenn kein Zusatznutzen bescheinigt wurde, ist es vorgegeben, dass der Preisrahmen dem der Vergleichstherapie entspricht. Dies liegt bei Diabetes mellitus oft im Cent-Bereich und führt dann häufig zum Rückzug eines Medikamentes vom Markt.

Aktueller Unsinn: Fixkombination bei Gliptinen ist angeblich „schlechter“ als die Gabe der Einzelsubstanzen.

Diese Gefahr besteht aktuell für die ca. 1,5 Millionen Menschen, die in Deutschland mit den sogenannten Gliptinen behandelt werden. Hier wurden u.a. die Fixkombinationen ohne Zusatznutzen beurteilt, sodass die Einnahme der Einzelsubstanzen anerkannt wäre, aber die Kombination in einer Tablette nicht. Dies mag formal im Rahmen des IQWiG-Verfahrens richtig sein, medizinisch ist dies aber nicht plausibel, falsch, gegen die Interessen der Betroffenen und

potentiell sogar kostensteigernd! Dies ist nur ein Beispiel, warum die DDG sich am Ende des Verfahrens eine medizinische Plausibilitätskontrolle wünscht. Die Versorgungsfolgen dieser geheimen Verhandlungen haben am Ende ohne weitere Kontrolle die Betroffenen zu tragen.

Verfügbare Therapieoptionen entsprechen nicht dem „medizinischen Standard“. Das in den vorangegangenen Punkten beschriebene Szenario birgt die Gefahr, dass Therapiestrategien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften als „medizinischer Standard“ empfohlen werden, nicht zur Verfügung stehen oder auf Grund des Preises nicht umgesetzt werden.

Regionalisierung der Wirtschaftlichkeit wird die Therapiefreiheit und Versorgung von Patienten intransparent weiter einschränken.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) regelt die Regionalisierung der Arzneimittelsteuerung und Wirtschaftlichkeit ab dem 1. Januar 2017 auf Vereinbarungen zwischen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein einheitlicher, transparenter Kriterienkatalog, der auf den Ergebnissen des AMNOG bzw. G-BA beruht, ist nicht vorgesehen, was daher die Gefahr einer „regionalen Willkür“ birgt. Die hierdurch bedingten Verschreibungsvorgaben können die Therapiefreiheit des Arztes einschränken und zu einer föderalen Ungleichheit der Patientenversorgung führen. Auch hier ist aus Sicht der DDG Handlungsbedarf.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2017

Screening auf Schwangerschaftsdiabetes – sind wir auf dem richtigen Weg?

Professor Dr. Ute Schäfer-Graf

Leiterin Berliner Diabeteszentrum für Schwangere am St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG

Schwangerschaftsdiabetes oder auch Gestationsdiabetes (GDM) genannt, ist eine Form von Diabetes, die erstmals in der Schwangerschaft auftritt, und häufig normalisieren sich die Blutzuckerwerte nach der Entbindung wieder. Der Diabetes entsteht durch die Schwangerschaftshormone, die die Wirkung des Insulins abschwächen, weshalb es bei Schwangeren, deren Bauchspeicheldrüse nicht dem erhöhten Insulinbedarf nachkommen kann, zu erhöhten Blutzuckerwerten kommt. Bei den meisten Frauen lassen sich die Werte durch eine Umstellung der Ernährung und mehr körperliche Aktivität normalisieren, etwa 30 Prozent benötigen zusätzlich Insulin. Unbehandelt können die hohen Blutzuckerwerte der Mutter zu Schwangerschaftsproblemen beim Kind und der Mutter und perspektivisch zu einem erhöhten kindlichen Diabetesrisiko führen, da der Stoffwechsel des Kindes bereits in der Schwangerschaft belastet wurde. 2015 waren in Deutschland 4,95 Prozent aller Schwangeren von Gestationsdiabetes betroffen. Seit 2012 ist eine Blutzuckeruntersuchung als Leistung in die Mutterschaftsrichtlinie aufgenommen worden, d.h. jeder Schwangeren muss ein Zuckerbelastungstest angeboten werden. Das Screening erfolgt über einen modifizierten Belastungstest, bei dem die Frau im nicht nüchternen Zustand nur 50 g Glucoselösung trinken muss und nur eine Bestimmung des Blutzuckers nach einer Stunde durchgeführt wird. Über diesen Screeningtest sollen Schwangere mit erhöhtem Risiko für GDM erkannt werden. Erst wenn ein festgelegter Blutzuckerwert überschritten wird, sehen die Mutterschaftsrichtlinien einen kompletten Belastungstest vor, der oraler Glucosetoleranztest (oGTT) genannt wird. Hier wird nüchtern eine Lösung mit 75 g Glucose getrunken und es erfolgen Messungen: nüchtern, nach ein und zwei Stunden. Liegt ein Wert über den für die Schwangerschaft definierten Grenzwerten, besteht ein Schwangerschaftsdiabetes. Nur über diesen Test kann GDM diagnostiziert werden und er bietet 100 prozentige diagnostische Sicherheit. Dieses 2-stufige Screeningprocedere war vom IQWiG dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) empfohlen worden, da es in zwei Therapiestudien angewandt wurde, die den Nutzen der Behandlung von GDM zeigten. Auf diesen Studien basierend erfolgte das positive Gutachten des IQWiG zur Einführung eines Screenings.

Diabetologen und Gynäkologen hätten sich gewünscht, dass gleich bei jeder Frau der 75 g oGTT als Leistung angeboten werden darf, da die Genauigkeit des 50 g Screeningtests, eine Frau mit Risiko zu erkennen, nicht bekannt ist. Studien, die dies untersuchten, sind aus den 90er Jahren und auch diese gaben an, dass nur 80 Prozent der gefährdeten Frauen erkannt werden. Der Vorhersagewert ist außerdem abhängig von der Tageszeit und dem Zeitpunkt der letzten Nahrungsaufnahme. Inzwischen sind zudem die Grenzwerte für GDM strenger geworden und die Schwangeren sind tendenziell häufiger übergewichtig, älter, oder Migrantinnen mit hoher Disposition zu Diabetes, was die Wahrscheinlichkeit, einen Schwangerschaftsdiabetes zu bekommen, erhöht. Der Grenzwert für einen abnormalen (pathologischen) Screeningtest wurde 1973 willkürlich festgelegt, während die Werte für den oGTT 2008, basierend auf einer weltweiten Studie (HAPO-Studie) mit 25.000 unbehandelten Schwangeren, bestimmt wurden und inzwischen weltweit angewendet werden. Bei Überschreiten der Grenzwerte wurden bei Nichtbehandlung deutlich mehr Schwangerschaftskomplikationen beobachtet. Die WHO empfiehlt seit 2015 diese diagnostischen Kriterien für GDM.

Die deutschen Mutterschaftsrichtlinien haben ebenfalls diese neuen Werte übernommen. Leider ist zu befürchten, dass wir eventuell dadurch, dass nur bei einem pathologischen Screeningtest ein oGTT durchgeführt werden soll, einen nicht bekannten Anteil von Schwangerschaftsdiabetes nicht diagnostizieren. Aus der HAPO-Studie wissen wir, dass 30 Prozent der Schwangeren mit GDM nur einen erhöhten Nüchternblutzucker haben. Das gilt insbesondere für übergewichtige Frauen. Der Nüchternblutzucker wird aber beim Screeningtest nicht bestimmt. In der HAPO-Studie war jedoch ein erhöhter Nüchternblutzucker, unabhängig von der Höhe des 1- und 2-Stundenwertes, mit erhöhten Komplikationen verbunden. Schaut man sich die Entwicklung der Zahlen der Schwangeren mit GDM in Deutschland an, scheinen sich die Befürchtungen zu bestätigen. Wir haben im europäischen Vergleich eine niedrige Rate an GDM, die eigentlich nach Einführung der Untersuchung bei allen Schwangeren hätte ansteigen müssen. Der Anstieg blieb jedoch aus. Bis 2012 wurde oft nur bei hohem Diabetesrisiko ein Blutzuckertest durchgeführt. Ein weiteres Problem ist die zeitliche Verzögerung, da die Frauen bei positivem Screeningtest einen erneuten Termin benötigen und einrichten müssen zur Durchführung des oGTTs.

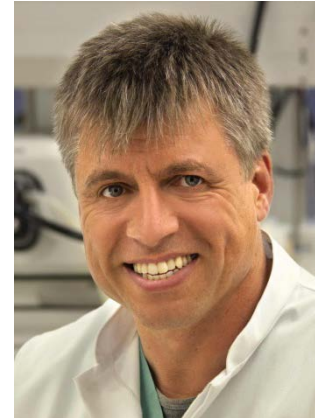
Was für Konsequenzen können wir im klinischen Alltag aus dieser diagnostischen Unsicherheit ziehen? Viele Frauenärzte und –ärztinnen halten sich auch aus rechtlichen und abrechnungstechnischen Gründen an die Vorgaben der Mutterschaftsrichtlinien. Es ist zu befürchten, dass Ärzte, die statt des 50 g Screeningtests gleich den oGTT abrechnen, Probleme mit den Krankenkassen bekommen könnten. Es gibt unterschiedliche Abrechnungsziffern, die Differenz in den Kosten ist jedoch minimal. Manche Frauenärzte führen bei ihren Patientinnen weiterhin gleich den 75 g oGTT durch, rechnen aber nur das Screening ab und bezahlen die Differenz aus eigener Tasche. Oder sie bestimmen beim 75 g oGTT nur den Nüchtern- und den 1-Stundenwert. Sie wollen ihren Schwangeren auch die Belastung ersparen, eventuell zwei Tests durchführen lassen zu müssen. Manche empfehlen den 75 g oGTT als IGEL-Leistung, das heißt, die Schwangeren müssen den Test selbst bezahlen. Eine unübersichtliche Situation wie vor 2012, wie sie eigentlich durch die Einführung einer einheitlichen Blutzuckeruntersuchung als eine der Routineuntersuchungen in der Schwangerschaft abgeschafft werden sollte. Auf jeden Fall sollten sich die Frauenärzte und -ärztinnen und die Schwangeren dessen bewusst sein, dass ein normaler Screeningtest leider einen Schwangerschaftsdiabetes nicht ausschließt und bei klinischen Zeichen auf GDM, wie z. B. ein übermäßiges Wachstum des Kindes insbesondere im Bereich des Bauchumfangs oder bei einem hohem Risiko für Diabetes, trotzdem erwogen werden sollte, noch einen kompletten Zuckerbelastungstest durchzuführen oder gleich den 75 g oGTT.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, März 2017

Curriculum Vitae

Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel
Past-Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),
Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin,
Gastroenterologie, Diabetologie/Endokrinologie und
Ernährungsmedizin, St. Josefskrankenhaus Heidelberg
GmbH



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-------------|--|
| Bis 1992 | Studium der Humanmedizin in Heidelberg, Tübingen und Göttingen. |
| 1992–2000 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter der 1. Medizinischen Klinik, Abteilung für Allgemeine Innere Medizin (Gastroenterologie, Endokrinologie, Pneumologie, Hämatologie und Onkologie, Stoffwechselkrankheiten, Infektionskrankheiten, Labormedizin) (Direktor: Professor Dr. U. R. Fölsch), Universitätsklinikum Kiel. |
| 2000 | Habilitation an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel für das Fach Innere Medizin. |
| 2000 | Qualifikation als Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). |
| 2002 | Erwerb der Teilgebietsbezeichnung Gastroenterologie. |
| 2000–2004 | Oberarzt der Abteilung für Gastroenterologie der Medizinischen Klinik C (Direktor: Professor Dr. J. F. Riemann), Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH. |
| 2004–2012 | Chefarzt Medizinische Klinik St. Vincenz-Krankenhaus Limburg, Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Stoffwechsel. |
| Seit 4/1012 | Chefarzt Innere Medizin – Abteilung für Gastroenterologie, Diabetologie/Endokrinologie und Ernährungsmedizin, St. Josefskrankenhaus Heidelberg GmbH. |

Mitgliedschaften und Tätigkeiten:

- Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) (2013–2015).

- Vorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Diabetologen in Kliniken (BVVK im BDD).
- Vorsitzender der Hessischen Fachgesellschaft für Diabetologie (HFD) (bis 2012).
- Stellvertretender Sprecher der Regionalgesellschaften der DDG.
- Regelmäßiger Gutachter für diverse Fachzeitschriften.
- Mitgliedschaften in verschiedenen nationalen und internationalen Fachgesellschaften.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz
Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),
Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard
Karls Universität Tübingen



Studium:

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

Promotion:

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

Habilitation:

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

Berufliche Laufbahn:

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

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

Mitgliedschaften in klinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:

American Diabetes Association (ADA)

European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Berufsverband deutscher Diabetologen (BDD)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)

Qualifikationen:

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

Forschung:

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Vizepräsident und Mediensprecher der Deutschen Diabetes
Gesellschaft (DDG), Medizinische Klinik I,
Universitätsklinikum der RWTH Aachen



Akademische Ausbildung:

Studium der Humanmedizin in Hamburg, amerikanisches Staatsexamen (FMGEMS), Approbation zum Arzt und Promotion zum Dr. med. über die „Regulation der Cholesterinbiosynthese in frisch isolierten mononukleären Leukozyten durch adrenerge Rezeptoren“.

Beruflicher Werdegang:

- 1985–1987 Assistenzarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft bei Prof. Dr. C. R. Kahn, Direktor des Joslin Diabetes Center der Harvard Medical School in Boston.
- 1987 Fortführung der klinischen Weiterbildung bei Prof. H. Greten an der Medizinischen Kernklinik und Poliklinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg.
- 1991 Wechsel im Rahmen der Berufung von Prof. W. Krone an die Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln.
- 1995–1997 Oberarzt der Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln.
- 1993 Facharzt für Innere Medizin.
- 1994 Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie.
- 1996 Habilitation für das Fach Innere Medizin.
Thema der Forschungsarbeit: „Molekulare Mechanismen der Insulinwirkung und Insulinresistenz“, Thema der Antrittsvorlesung: „Gentherapie in der Inneren Medizin“.
- 1997 Berufung auf eine Universitätsprofessur für Innere Medizin/Endokrinologie in Köln.

- 2001–2006 Übernahme des Lehrstuhls für Klinische Biochemie und Pathobiochemie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Direktor am Deutschen Diabetes-Zentrum.
- 2006–2015 Leitung der I. Medizinischen Abteilung der Asklepios Klinik St. Georg, Allgemeine Innere Medizin, Diabetes, Gastroenterologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.
- 2011–2012 Stellvertretender Gründungsdekan des Asklepios Campus Hamburg, Medizinische Fakultät der SemmelweisUniversität.
- 2012–2014 Dekan des Asklepios Campus Hamburg.

Preise:

- 1987 Deutsches Komitee zur Förderung der Atheroskleroseforschung.
- 1991 Dr.-Martini-Stiftung, Hamburg.
- 1995 Bertram-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Sonstige Aktivitäten:

- Seit 2002 Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der größten europäischen Medizinbibliothek (ZB MED, Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft) an der Universität zu Köln.
- 2003 Tagungspräsident gemeinsam mit Prof. Krone der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
- 2003–2011 Stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Interdisziplinären Zentrums für Klinische Forschung (IZKF) der Universität Leipzig.
- 2003–2014 Herausgeber der Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“, dem wissenschaftlichen Organ der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
- 2003–2015 Sprecher der Sektion „Diabetologie und Stoffwechsel“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
- 2006–2008 Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).
- Seit 2006 Sprecher der fachgesellschaftsübergreifenden Arbeitsgemeinschaft „Herz–Hormone–Diabetes“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
- 2006–2013 Mitglied im Medical Board Innere Medizin des Asklepios-Konzerns.
- 2006–2009 Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

2008–2011	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
2009	Tagungspräsident mit Prof. Dr. T. Meinertz der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin.
2009	Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
2011	Tagungspräsident mit Prof. J. Kußmann der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
Seit 2012	Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V.
2012-2016	Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.
Seit 2014	Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft und Sprecher der Kommission für „gesundheitspolitische Fragen“.
Seit 2015	Executive Director der International Task Force für Prevention of Cardiometabolic Diseases.
Seit 2015	Vizepräsident (2015-2017) und Präsident-Elect (2017-2019) der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Herausgeber von Fachbüchern und wissenschaftlichen Beiträgen:

- Textbook of Type 2 Diabetes, First Edition 2003, Second Edition 2008; B. Goldstein, D. Müller-Wieland (68 internationale Autoren, 38 Kapitel, 575 Seiten, Informa Healthcare).
- Diabetologie in Klinik und Praxis, 6. Auflage, 2011; H.-U. Häring, B. Gallwitz, D. Müller-Wieland, K.-H. Usadel, H. Mehnert (87 Autoren, 49 Kapitel, 689 Seiten, Thieme Verlag).
- Siegenthalers klinische Pathophysiologie; H. Blum, D. Müller-Wieland, 10. Auflage in Vorbereitung.

Circa 200 Publikationen als Originalarbeiten, Übersichtsbeiträge und Buchkapitel. Wissenschaftlicher Fokus besteht in der Verbindung zwischen Genregulation, Fettstoffwechsel, Fettverteilung, Insulinresistenz und kardiovaskulärem Risiko.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ute Schäfer-Graf
Leiterin Berliner Diabeteszentrum für Schwangere am
St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof, Klinik für
Gynäkologie und Geburtshilfe, Sprecherin der
Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG



Von 1978 bis 1985 studierte Ute Schäfer-Graf an der Humanmedizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes und der Freien Universität Berlin. 1989 promovierte sie an der Freien Universität Berlin im Fachbereich Humanmedizin zum Thema „Die Anwendung von Kontrazeptionsmethoden in Entwicklungsländern, untersucht am Beispiel eines Modellkrankenhauses zur Basisgesundheitsversorgung in Mexiko“. 1986 bis 1989 war Ute Schäfer-Graf in der Abteilung für Innere Medizin am Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin tätig. Anschließend wechselte sie in die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe. Von 1991 bis 2000 arbeitete sie in der Klinik für Geburtsmedizin am Vivantes Klinikum Neukölln, wo sie zur Vervollständigung des gynäkologischen Teils der Facharztausbildung in die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Vivantes Klinikums am Urban und des Oskar-Ziethen-Krankenhauses rotierte. Ein Forschungsstipendium führte sie für zwei Jahre an die University of Southern California, Los Angeles, wo sie in Forschungsprojekte im Bereich Diabetes und Schwangerschaft involviert war. 1999 bis 2004 war sie im Rahmen eines Habilitationsstipendiums als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Geburtsklinik der Charité, Campus Virchow-Klinikum, tätig. 2004 habilitierte sich Ute Schäfer-Graf mit dem Thema „Management of pregnancies with gestational diabetes based solely on maternal glycemia versus glycemia plus fetal growth“. 2004 bis 2008 leitete sie das Kompetenzzentrum Diabetes und Schwangerschaft des Vivantes Klinikums Neukölln.

Ute Schäfer-Graf ist seit 1995 Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; seit 1992 engagiert sie sich in der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG. Als langjähriges Mitglied beider Gesellschaften ist sie federführend an der Erstellung der Diagnose und Behandlungsstandards für Schwangere mit Diabetes beteiligt.

Diabetes mellitus – Zahlen und Fakten

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die Menschen jeden Alters betreffen kann.

Zahlen:

Von Diabetes mellitus sind in Deutschland – laut Robert Koch-Institut – mehr als sechs Millionen Menschen betroffen (2012). Das ist eine Steigerung um 38 Prozent seit 1998, nur 14 Prozent davon sind altersbedingt. Jedes Jahr kommen etwa 270.000 Neuerkrankungen hinzu. Bis 2030 wird mit einem Anstieg auf acht Millionen Erkrankte gerechnet.

Jedes Jahr erblinden 2.000 Menschen infolge von Diabetes, mehr als 2.000 Menschen werden dialysepflichtig und 40.000 Amputationen werden durch Diabetes verursacht.

Ursachen:

Rund 95 Prozent der Diabetespatienten haben einen Typ-2-Diabetes. Zu den Auslösern eines Typ-2-Diabetes gehören Übergewicht, Mangel an Bewegung, erhöhte Blutfettwerte und Bluthochdruck sowie genetische Faktoren.

Circa 300.000 Menschen haben einen Typ-1-Diabetes. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunkrankheit, die meist im Kindes- und Jugendalter auftritt: Die Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren dann kein Insulin mehr.

Begleit- und Folgeerkrankungen:

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

Behandlung:

Typ-2-Diabetes kann häufig mit Ernährungsumstellung und mehr körperlicher Bewegung behandelt werden. Knapp die Hälfte der Patienten erhalten Tabletten (orale Antidiabetika) und etwa 30 Prozent der Patienten werden ausschließlich oder in Kombinationstherapie mit Insulin behandelt. Typ-1-Diabetes muss immer mit dem Hormon Insulin behandelt werden. Amputationen als Folge des Diabetischen Fußsyndroms können nachweislich durch eine strukturierte Behandlung im interdisziplinären Team vermieden werden.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 9000 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärzte in Klinik und Praxis, Wissenschaftler, Psychologen, Apotheker, Diabetes-Fachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Experten. Ziel aller Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen.

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören

- die Fort- und Weiterbildung von Diabetologen, Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Diabetes-Pflegefachkräften, Wundassistentinnen und Fachpsychologen
- die Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- die Entwicklung von medizinischen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie des Diabetes
- die Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- die Information und der wissenschaftliche Austausch über neueste Erkenntnisse, u.a. auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres.

Zunehmend an Bedeutung gewinnt das gesundheitspolitische Engagement der Fachgesellschaft. Die DDG ist im regelmäßigen Gespräch mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages, dem Bundesgesundheitsministerium, den Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss und dem IQWiG und beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Meinungsbildung durch die Herausgabe von Stellungnahmen und eine aktive Medienarbeit.

In 29 Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärzte die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise dem Patienten zugutekommen lassen.

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Bestellformular Fotos:

**Jahrespressekonferenz
der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Termin: Donnerstag, 16. März 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- PD Dr. med. Erhard Siegel
- Professor Dr. med. Baptist Gallwitz
- Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland
- Professor Dr. med. Ute Schäfer-Graf

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Stefanie Becker
Pressestelle DDG
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931- 642
Fax: 0711 8931-167
becker@medizinkommunikation.org

DDG Medienpreise 2017

für exzellente Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes

Die Medienpreise der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) 2017 sollen in das Reich der Märchen und Mythen führen. Denn noch immer geistern die eigenartigsten Vorstellungen und Vermutungen durch die Köpfe der Menschen, wenn sie das Wort Diabetes hören. Von „das bisschen Zucker ist nicht so schlimm“ über „außer mit Medikamenten kann man nichts dagegen tun“ bis zu „da ist jeder selbst schuld dran“ reichen die Mutmaßungen und Vorurteile.

Hinter einem Diabetes mellitus verbergen sich sehr komplexe Erkrankungen mit schwerwiegenden Folgen. Da zum Beispiel der Typ-2-Diabetes lange Zeit keine belastenden Symptome verursacht, ist es nicht ganz leicht, den Betroffenen und ihren Angehörigen zu vermitteln, wie ernst sie den Diabetes und seine Therapie nehmen müssen. Zusammen mit dem Geflecht aus Mythen kann mitunter eine Situation entstehen, die die Therapie erschwert.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft schreibt 2017 zum vierten Mal Medienpreise aus. Es werden Preise in den Kategorien Text, Hörfunk und Fernsehen vergeben; jeder Preis ist mit 2.000 Euro dotiert. Bewerben können sich Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum, die sich fundiert, differenziert und intensiv mit Diabetes mellitus befassen und denen es gelingt, verständlich und überzeugend zum Beispiel über Prävention, Diagnostik und Behandlung von Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 zu berichten. Dabei gelingt es hoffentlich auch, die gesellschaftlich-soziologischen Vorstellungen des Krankheitsbildes aufzugreifen und Diabetes „von Mythen zu befreien“.

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

Kategorie: Hörfunk

Kategorie: Fernsehen

In das Auswahlverfahren werden Presseveröffentlichungen (print und online) sowie Beiträge aus Hörfunk und Fernsehen einbezogen, die **zwischen dem 1. August 2016 und dem 31. Juli 2017** im deutschsprachigen Raum publiziert wurden und einem breiten Publikum Informationen aus dem Gebiet der Diabetologie vermitteln. Wissenschaftliche Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften werden bei der Vergabe der Preise nicht berücksichtigt.

Bewerbungsunterlagen:

Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis zum **31. Juli 2017** an die Pressestelle der DDG.

Bitte beachten Sie:

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

Reichen Sie Ihren Beitrag bitte per E-Mail ein:

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

TV-Beiträge mit hohem Datenvolumen bitte als DVD (**zwei Kopien**) per Post an die DDG Pressestelle schicken. Hierzu folgende Angaben mitliefern: Name und Adresse des Autors und/oder der Redaktion, Titel des Beitrags, Sendeformat/Sendereihe, Sendedatum und Zielgruppe (ggf. Link, falls Beitrag im Web abrufbar).

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

Die Preisvergabe erfolgt auf der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2017 (10. bis 11. November 2017, Mannheim). Die persönliche Teilnahme der Preisträger ist ausdrücklich erwünscht. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt der Preisträger/die Preisträgerin sein/ihr Einverständnis mit der Wiedergabe der ausgezeichneten Publikation auf der Homepage der DDG und ggf. in anderen Publikationen der Fachgesellschaft.

Übersicht:

Zielgruppe:	Journalistinnen und Journalisten
Fachgebiet:	Gesundheit und Medizin
Medium:	Print-, Hörfunk-, Fernseh-, Online-Publikumsmedien, in denen die Beiträge im oben genannten Zeitraum veröffentlicht wurden
Dotierung:	Insgesamt 6.000 Euro
Einsendeschluss:	31.07.2017
Kontakt:	Dagmar Arnold Pressestelle DDG Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart Tel.: 0711 8931-380, Fax: 0711 8931-167 arnold@medizinkommunikation.org www.ddg.info