



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

Kongress-Pressekonferenz im Rahmen des Diabetes Kongresses 2018, 53. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Wissenschaft und klinischer Fortschritt – gemeinsam in die Zukunft

Termin: Donnerstag, 10. Mai 2018, 11.15 bis 12.15 Uhr

Ort: Saal M4, Level 3, CityCube Berlin

Anschrift: Haupteingang Messedamm, Messedamm 26, 14055 Berlin

Themen und Referenten:

Neue Perspektiven für multimorbide Patienten: Welche Therapieansätze eröffnen aktuelle kardiovaskuläre Endpunktstudien und neue Medikamente?

Universitätsprofessor Dr. med. Jochen Seufert, FRCPE

Kongresspräsident Diabetes Kongress 2018, Leiter der Abteilung Endokrinologie und
Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II am Universitätsklinikum Freiburg

Wie lässt sich Lebensqualität messen?

Patientenrelevanz als Maßstab für evidenzbasierte Medizin

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Stellvertretender Direktor,
Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen

DiaDigital: Was bieten moderne Apps Menschen mit Diabetes?

Sichtweisen von Arzt und Patient

Dr. med. Matthias Kaltheuner

Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft, niedergelassener Diabetologe,
Leverkusen

und

Diana Droßel

Stellvertretende Vorsitzende von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe,
Diabetesberaterin DDG

Was leistet innovative Forschung in der Diabetologie?

Junge Wissenschaft im Fokus: Preisträger 2018

Dr. phil. Dominic Ehrmann

Gewinner des DDG-Förderpreises 2018, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am
Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Mergentheim (FIDAM), Bad Mergentheim

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DDG, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2018

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

**Kongress-Pressekonferenz im Rahmen des Diabetes Kongresses 2018,
53. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

**Wissenschaft und klinischer Fortschritt – gemeinsam in die
Zukunft**

Termin: Donnerstag, 10. Mai 2018, 11.15 bis 12.15 Uhr

Ort: Saal M4, Level 3, CityCube Berlin

Anschrift: Haupteingang Messedamm, Messedamm 26, 14055 Berlin

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Ausschreibung Medienpreis

Zahlen und Fakten zu Diabetes mellitus und der Fachgesellschaft DDG

**Programm weiterer Pressekonferenzen der 53. Jahrestagung der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Lebensläufe der Referenten

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

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2018

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

PRESSEMITTEILUNG

Himmelfahrt, 10. Mai 2018, 18.00 Uhr in Berlin, CityCube

Fünf Kilometer laufen und Gutes tun: Dieter Baumann heizt ein!

Berlin, 10. Mai 2018 – Übergewicht und Bewegungsmangel gehören zu den Hauptrisikofaktoren für die Entstehung des Typ-2-Diabetes. Im Rahmen des jährlich in Berlin stattfindenden Diabetes-Fachkongresses der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) findet daher traditionell am frühen Abend des Himmelfahrtstages, am 10. Mai um 18.00 Uhr (Start vor dem CityCube), der Fünf-Kilometer-Diabetes-Lauf statt, um neben den Kongressteilnehmern – Wissenschaftlern, Ärzten und Diabetesberatern – auch die allgemeine Bevölkerung zu mehr Bewegung zu motivieren. Lauflegende Dieter Baumann gibt vor dem Start das Warm-up und Motivationstipps zum Durchhalten. Mit der Startgebühr von mindestens zehn Euro unterstützen die Läufer Diabetes-Präventions- und Aufklärungsprojekte. Die Berliner Schulen, die am Vortag am 1. #sugarwatch-Schülertag teilgenommen haben, dürfen ohne Teilnahmegebühr dabei sein.

Beim diesjährigen Diabetes-Lauf an Himmelfahrt in Berlin ist ein prominenter Teilnehmer bereits gesetzt: Lauflegende Dieter Baumann ist mit Gold und Silber bei Olympischen Spielen sowie vielen weiteren nationalen und internationalen Titeln erfolgreichster Langstreckenläufer Deutschlands. Er wird in einem kleinen Warm-up ab 17.45 Uhr alle Läufer und Walker motivieren, das Beste aus sich herauszuholen und vor allem Freude an der Bewegung zu haben. „Ich bin jetzt im dritten Jahr als Einheizer und Motivator dabei und es ist eine wahre Freude, zu sehen, wie sich die Hobbyläufer gegenseitig anfeuern und einfach Spaß am Laufen haben“, freut sich Dieter Baumann. Bei diesem Lauf ist es reine Nebensache, ob die Teilnehmer versierte Läufer oder nur Hobbywalker sind. Die Teilnahme an sich ist das, was zählt! Ganz nebenbei tun die Teilnehmer noch Gutes: Mit der Teilnahmegebühr (mindestens zehn Euro) unterstützen die Läufer und Walker die „Ferienfreizeiten für Kinder mit Typ-1-Diabetes“ von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und ein Projekt der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS) zu gleichen Teilen. Die DDS



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

möchte mit den Spendeneinnahmen eine Studie am Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) unterstützen, in der die Möglichkeiten einer gezielten Stoffwechselsteuerung durch „schnelle“ und „langsame“ Proteine bei Menschen mit Typ-2-Diabetes untersucht werden sollen.

Der traditionelle Lauf hat in den letzten Jahren extrem an Beliebtheit gewonnen. Die Fünf-Kilometer-Strecke führt vom CityCube Berlin über den Messedamm durch den Sommergarten unter dem Funkturm und zurück, im Anschluss ist ein geselliges Beisammensein geplant. Die ersten 400 Teilnehmer erhalten ein T-Shirt gratis.

„Als medizinische Fachgesellschaft wollen wir beim Thema Prävention mit gutem Beispiel vorangehen, denn mindestens 150 Minuten moderate Bewegung pro Woche ist die Empfehlung der Wissenschaft, um chronischen Krankheiten vorzubeugen“, erklärt Professor Jochen Seufert, Kongresspräsident des Diabetes Kongresses 2018 und im Vorstand der DDG. „Die fünf Kilometer kann jeder schaffen. Bis Mai ist noch ausreichend Zeit, zu trainieren! Wir hoffen dieses Jahr auf 500 Teilnehmer, das wäre Rekord“, ergänzt Barbara Bitzer, Geschäftsführerin der DDG.

Interessierte, auch nicht Kongress-Teilnehmer, können sich hier anmelden:

<http://www.diabeteskongress.de/programm/rahmenprogramm/diabetes-lauf.html>

Eine Anmeldung auf dem Kongress ist natürlich auch möglich. „Wir möchten vor allem Menschen mit Diabetes und deren Angehörige ermutigen, sich zu beteiligen, die Fünf-Kilometer-Strecke kann auch mit einem strammen Walk absolviert werden“, sagt Nicole Mattig-Fabian, Geschäftsführerin von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, der Organisation, die sich seit Jahren für die Interessen der Menschen mit Diabetes in Hinblick auf Prävention und Versorgung einsetzt.

DIABETES KONGRESS 2018



9.-12. Mai 2018, Berlin

Neu ist in diesem Jahr, dass die Berliner Schulen, die am 9. Mai am #sugarwatch-Schülertag teilgenommen haben, beim Lauf ohne Startgebühr mitmachen dürfen. Der Lauf wird mit freundlicher Unterstützung der Firma AstraZeneca durchgeführt.

Terminankündigung:

Diabetes-Lauf (5-Kilometer-Lauf oder -Walk)

Himmelfahrt, Donnerstag, den 10. Mai 2018

Eröffnung: 17.30 Uhr

Warm-up mit Dieter Baumann: 17.45 Uhr

Start: 18.00 Uhr, CityCube, Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2018

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

PRESSEMITTEILUNG

**Zahl der Senioren mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 nimmt zu:
Lebensqualität hat im Alter Vorrang vor strenger Blutzuckereinstellung**

Berlin, 10. Mai 2018 – In Deutschland ist die Hälfte aller Menschen mit Typ-2-Diabetes über 65 Jahre alt. In der Altersgruppe der über 85-Jährigen hat sogar jeder Fünfte einen Typ-2-Diabetes. Und mehr als 100 000 Menschen mit Typ-1-Diabetes hierzulande sind mittlerweile älter als 70 Jahre. Viele von ihnen leiden an weiteren chronischen Erkrankungen und Funktionsstörungen. Biologisch ältere, multimorbide Menschen mit Diabetes benötigen spezielle Vorgehensweisen bei Zielplanung, Allgemeinmaßnahmen und Pharmakotherapie. Eine intensive Blutzuckersenkung wie bei jüngeren Betroffenen ist bei vielen Senioren nicht mehr sinnvoll. Welche Bedürfnisse Menschen mit Diabetes im Alter haben und welche Behandlungsstrategien diese erfordern, erörtern die Teilnehmer der 53. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft vom 9. bis 12. Mai 2018 im CityCube in Berlin.

Hatten Menschen mit Diabetes Typ 1 vor Jahrzehnten noch eine deutlich niedrigere Lebenserwartung als Stoffwechselgesunde, können sie heute, unter anderem dank technologischer Fortschritte in der Insulintherapie, ein hohes Alter erreichen. So mancher Patient lebt schon länger als 50 Jahre mit der chronischen Stoffwechselerkrankung. Auch die Zahl Älterer mit Diabetes Typ 2 nimmt stark zu, da immer mehr Menschen daran erkranken. „Dadurch stehen Ärzte, Diabetesberater und Pflegende vor neuen Herausforderungen“, sagt Kongresspräsident Universitätsprofessor Dr. med. Jochen Seufert aus Freiburg. „Im Rahmen des Diabetes Kongresses stehen in mehreren



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

Symposien individuelle und interdisziplinäre Therapieansätze bei geriatrischen Patienten im Mittelpunkt.“

Der Erhalt der Selbstständigkeit und eine gute Lebensqualität sind bei älteren Diabetespatienten die wichtigsten Ziele. „Ein HbA1c-Wert von 6,5 bis 7,5 Prozent wie bei jüngeren Patienten sollte nur bei Senioren ohne Begleiterkrankungen angestrebt werden, wenn diese sich gesund fühlen und körperlich fit sind“, sagt Dr. med. Rahel Eckardt-Felmborg, Chefärztin der Klinik für Geriatrie am St. Joseph Krankenhaus Berlin. Bei älteren Senioren mit Begleiterkrankungen und einem erhöhten Hypoglykämie-Risiko sei dagegen ein Langzeitblutzuckerwert von 7,0 bis 8,0 Prozent ausreichend. Die größte Gefahr geht von Unterzuckerungen aus, von denen ältere Patienten häufiger betroffen sind als jüngere.

„Hypoglykämien können das Gehirn dauerhaft schädigen, lebensgefährliche Herzrhythmusstörungen auslösen und die Entstehung einer Demenz fördern“, warnt Dr. Eckardt-Felmborg. Jede Hypoglykämie-Episode verlängere bei älteren Patienten einen Krankenhausaufenthalt um 2,5 Tage, verdreifache das Risiko, dass die Patienten währenddessen versterben und verdoppele das Sterberisiko im darauffolgenden Jahr. Die Vermeidung von Hypoglykämien ist für Geriater deshalb wichtiger als ein normal eingestellter Blutzucker. Hochbetagte und gebrechliche Senioren sollten blutzuckersenkende Medikamente nur erhalten, wenn der HbA1c-Wert auf 8,0 bis 8,5 Prozent ansteigt oder zu Symptomen führt. „Ärzte sollten sich bei der Verordnung auf möglichst wenige Medikamente beschränken und solche einsetzen, die das Hypoglykämie-Risiko nicht zusätzlich erhöhen“, sagt Dr. Eckardt-Felmborg. „Zu aufwendige Therapieschemata erschweren die Therapietreue und können die Lebensqualität auch aufgrund von Neben- und Wechselwirkungen verschiedener Wirkstoffe massiv einschränken.“ Die Behandlung sollte daher so einfach wie möglich und nur so intensiv wie unbedingt nötig sein.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Stephanie Balz
Pressestelle Diabetes Kongress 2017
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-423
Fax: 0711 8931-167
hommrich@medizinkommunikation.org



DIABETES KONGRESS 2018

9.-12. Mai 2018, Berlin

PRESSEMITTEILUNG

Diätetische Therapie bei Menschen mit Typ-2-Diabetes und Vorstufen: Ernährungsmodelle im Fokus – weniger Fett oder weniger Kohlenhydrate?

Berlin, 10. Mai 2018 – Etwa 6,7 Millionen Menschen in Deutschland sind an Diabetes erkrankt, davon über 95 Prozent an Diabetes Typ 2. Die Stoffwechselerkrankung entsteht unter anderem durch einen Lebensstil, der durch Über- und Fehlernährung, zu wenig Bewegung und dadurch bedingt ausgeprägtes Übergewicht gekennzeichnet ist. Eine Ernährungsumstellung mit dem Ziel, die Stoffwechseleinstellung zu verbessern, ist daher wichtiger Bestandteil der Therapie bei betroffenen Menschen mit Typ-2-Diabetes oder einer Vorstufe davon. Welche Ernährungsmodelle möglicherweise Vorteile gegenüber anderen haben, diskutieren unter dem Motto „Wissenschaft und klinischer Fortschritt – gemeinsam in die Zukunft“ rund 6 000 Ärzte, Wissenschaftler und nichtärztliche Mitglieder des Diabetes-Behandlungsteams vom 9. bis 12. Mai 2018 auf dem Diabetes Kongress in Berlin, der führenden Jahresveranstaltung zur Stoffwechselerkrankung Diabetes im deutschsprachigen Raum. Unter anderem stellen Experten neue Studienergebnisse zur Frage „Low Carb oder Low Fat?“ vor.

„Ziel des Diabetes Kongresses ist es, den Teilnehmern einen Überblick über die wissenschaftlichen Entwicklungen der vergangenen Monate und einen Ausblick auf zukünftige Perspektiven zu geben“, erklärt Kongresspräsident Universitätsprofessor Dr. med. Jochen Seufert aus Freiburg. Einer der Themenschwerpunkte des Kongresses lautet „Der Mensch mit Diabetes im Mittelpunkt – praktische Relevanz neuer Studiendaten – individualisierte Therapiestrategien“. „Dieser Aspekt steht in der modernen Diabetestherapie im Vordergrund, denn nicht jede Therapie ist für jeden Patienten geeignet“, betont Seufert. Das gilt auch für die Behandlung von Diabetes Typ 2, bei der häufig die Ernährung im Mittelpunkt steht.



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

Viele Menschen mit einer Diabetesvorstufe oder einem bereits bestehenden Diabetes Typ 2 haben Übergewicht. Sie können ihre Stoffwechseleinstellung durch Gewichtsabnahme häufig deutlich verbessern. Lange Zeit erschien dabei eine fettreduzierte Ernährungsweise als der bevorzugte Weg. Diese Kostform wurde auch normalgewichtigen Typ-2-Diabetikern empfohlen. Inzwischen sehen Ernährungsexperten in kohlenhydratarmen Ernährungsmodellen Vorteile: Der Verzicht auf Kohlenhydrate soll sich günstiger auf den Blutzucker auswirken. „Bislang wurde dies nur wenig vergleichend untersucht“, sagt Dr. med. Stefan Kabisch vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE), das Partner des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung e.V. (DZD) ist. Er ist an zwei derzeit dort laufenden Ernährungs-Interventionsstudien zur diätetischen Prävention beziehungsweise Behandlung des Typ-2-Diabetes beteiligt, die „Low Carb“ und „Low Fat“ direkt vergleichen.

An der DiNA-P-Studie („Diabetes Nutrition Algorithms – Prediabetes“) nehmen insgesamt 250 Personen mit Prädiabetes teil. „Die Betroffenen sind oft fettleibig, viele haben auch eine Fettleber, die das Risiko für einen Typ-2-Diabetes weiter erhöht“, erläutert Kabisch. An der DiNA-D-Studie („Diabetes Nutrition Algorithms in Patients With Overt Diabetes Mellitus“) werden insgesamt ebenfalls 250 Menschen teilnehmen, die jedoch bereits einen Typ-2-Diabetes entwickelt haben. Dr. med. Stefan Kabisch erklärt: „Auch hier geht es um die Frage, wie sich Low-Carb und Low-Fat auf den Blutzuckerspiegel auswirken und wie zum Beispiel die Fettleber darauf reagiert.“

Erste Zwischenergebnisse der noch laufenden DiNA-P-Studie liegen bereits vor. „Die bisher publizierten Studien zum low-carb-low-fat-Vergleich sehen eine etwas stärkere Gewichtsreduktion unter low-carb; das können wir aus unserer Erfahrung zumindest bei kurzfristiger Diät bestätigen“, berichtet Kabisch. Ähnlich sind die Resultate bei Blutzucker und Blutdruck. Vergleichbar stark scheinen low-carb und low-fat bei der Fettleber. Eine



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

endgültige Bewertung der Diäten sei jedoch erst möglich, wenn DiNA-P abgeschlossen ist und auch die Ergebnisse der DiNA-D-Studie vorliegen, betont der Ernährungsexperte. Dr. med. Stefan Kabisch stellt auf dem Diabetes Kongress 2018 erste Detailergebnisse aus beiden Studien vor.

Der 53. Frühjahrskongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft findet vom 9. bis 12. Mai im CityCube Berlin statt. Alle Informationen zum Diabetes Kongress 2018 sind im Internet unter www.diabeteskongress.de zu finden.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Stephanie Balz
Pressestelle Diabetes Kongress 2018
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-423
Fax: 0711 8931-167
hommrich@medizinkommunikation.org



DIABETES KONGRESS 2018

9.-12. Mai 2018, Berlin

PRESSEMITTEILUNG

Saccharose-Zusammensetzung fördert Entstehung von Zivilisationskrankheiten: Zucker beeinflusst Stoffwechselfvorgänge in Darm, Leber und Gehirn

Berlin, 10. Mai 2018 – Adipositas ist der stärkste Risikofaktor für die Entstehung eines Diabetes Typ 2: 80-90 Prozent der Menschen in Deutschland mit Diabetes Typ 2 sind auch adipös. Zuckerhaltige Lebensmittel und Getränke, insbesondere Softdrinks, fördern Übergewicht und Typ-2-Diabetes. Dafür ist zum einen der hohe Kaloriengehalt verantwortlich, zum anderen zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse, dass Saccharose auch unabhängig vom Körpergewicht aufgrund seiner Zusammensetzung aus Fruktose und Glukose bestimmte Stoffwechselabläufe ungünstig beeinflusst: So regt Fruktose die Entstehung einer Fettleber an. Glukose setzt im Dünndarm das Hormon GIP frei, das unter anderem ebenfalls für die Entwicklung einer Fettleber verantwortlich ist und eine Insulinresistenz fördert. Professor Dr. med. Andreas Pfeiffer erläuterte im Rahmen der Vorab-Pressekonferenz zum Diabetes Kongress, die am 3. Mai 2018 in Berlin stattfand, die neuesten Belege wissenschaftlicher Grundlagen der Stoffwechselschäden durch Zucker.

In Deutschland sind zwei von drei Männern und jede zweite Frau übergewichtig, knapp ein Viertel ist sogar adipös, also schwer übergewichtig. 13 Prozent der Kinder in Deutschland haben Übergewicht, über sechs Prozent sind adipös. Das sind mehr als doppelt so viele wie vor zehn Jahren. Adipositas ist zur häufigsten chronischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter geworden. Circa zehn Prozent sehr adipöser Jugendlicher weisen auch eine Störung der Glukosetoleranz auf. Der Zusammenhang zwischen dem Konsum zuckerhaltiger Getränke (Softdrinks) und Übergewicht sowie Typ-2-Diabetes ist in Studien belegt.

„Auch wenn die Gesamtkalorienzahl die Hauptrolle bei der Adipositasentstehung spielt, trägt Zucker aufgrund seiner Zusammensetzung gleich mehrfach dazu bei“, sagt



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

Professor Dr. med. Andreas F. H. Pfeiffer, Leiter der Abteilung für Klinische Ernährung am Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) Potsdam-Rehbrücke und Leiter der Abteilung für Endokrinologie, Diabetes und Ernährung der Charité Campus Benjamin Franklin/Charité Universitätsmedizin Berlin.

Glukose setzt im oberen Dünndarm aus den sogenannten K-Zellen das Hormon Glukoseinduziertes Insulinotropes Peptid, (GIP), frei. „Dadurch bewirkt sie unter anderem die Entstehung einer Fettleber sowie einer Insulinresistenz“, erklärt Professor Pfeiffer. „Denn das GIP steuert einerseits im Fettgewebe die Lipolyse und sorgt dafür, dass weniger Fett aus den Speichern nach einer Mahlzeit verbrannt werden kann. Weiterhin steuert es die Durchblutung im Darm, so dass das Blut möglichst effektiv mit seinen Nährstoffen zu den Speicherorganen kommt und nicht erst als Glykogen in der Leber abgelagert wird.“ Außerdem wirke GIP auf das Gehirn, wo es die Freisetzung des appetitanregenden Hormones Neuropeptid Y (NPY) steigere. Darüber hinaus bewirkt GIP auch eine erhöhte Trägheit. „Die Gewichtszunahme mit dem Eintritt der Menopause bei Frauen scheint ebenfalls mit dem Hormon GIP zusammenzuhängen“, so Professor Pfeiffer.

Fruktose wird zu etwa 90 Prozent von der Leber extrahiert und unter hohem Energieverbrauch verstoffwechselt. Fruktose ist in höherer Dosis ein unmittelbarer Stimulator der Fettsynthese in der Leber. Professor Pfeiffer erläutert: „Dies wird auch in epidemiologischen Studien bestätigt, in denen die Fettleber eng mit dem Fructosekonsum zusammenhängt. In kürzlich publizierten Studien an Kindern konnte sogar gezeigt werden, dass eine kurzfristige Einschränkung der Fruktoseaufnahme zu einer schnellen Verbesserung der Fettleber führt.“ Darüber hinaus rege Fruktose die Harnsäurebildung an. „Ein hoher Harnsäurespiegel kann Gicht auslösen und wird mit anderen



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

Stoffwechselstörungen wie beispielsweise einem erhöhten Blutdruck und Insulinresistenz in Zusammenhang gebracht.“ Somit fördere Zucker auf besondere Weise verschiedene Aspekte zivilisatorischer Stoffwechselkrankheiten. Maßnahmen dagegen diskutieren die Teilnehmer des 53. Frühjahrskongresses der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Er findet vom 9. bis 12. Mai im CityCube Berlin statt. Alle Informationen zum Diabetes Kongress 2018 sind im Internet unter www.diabeteskongress.de zu finden.

Quellen:

[Trends Endocrinol Metab. 2018 May;29\(5\):289-299. doi: 10.1016/j.tem.2018.03.003.](#)

[Epub 2018 Mar 27.](#)

[High Glycemic Index Metabolic Damage - a Pivotal Role of GIP and GLP-1.](#)

[Pfeiffer AFH1, Keyhani-Nejad F2.](#)

[DEGS-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland: Übergewicht und Adipositas in Deutschland](#)

[Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018, S. 64 ff.](#)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2018

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org

EXPERTENSTATEMENT

Neue Perspektiven für multimorbide Patienten: Welche Therapieansätze eröffnen aktuelle kardiovaskuläre Endpunktstudien und neue Medikamente?

Universitätsprofessor Dr. med. Jochen Seufert, FRCPE, Kongresspräsident Diabetes Kongress 2018, Leiter der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II am Universitätsklinikum Freiburg

Multimorbidität bei Menschen mit Diabetes mellitus

Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 leiden meist nicht ausschließlich unter der Zuckererkrankung, sondern haben viele zusätzliche Erkrankungen, wie Adipositas, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen, sowie nach längerer Laufzeit des Diabetes auch Folgekomplikationen an Herz-Kreislauf-System, Niere, Augen und Nervensystem. Diese zusätzlichen Erkrankungen charakterisieren Menschen mit Diabetes mellitus somit als multimorbide und deshalb besonders anfällig für Komplikationen. Zur optimalen Behandlung dieser Patienten ist deshalb eine Berücksichtigung all dieser Begleiterkrankungen notwendig. Aufgrund der Anfälligkeit für Komplikationen ist hierbei bei der Behandlung des Diabetes mellitus insbesondere darauf zu achten, dass Behandlungsstrategien durchgeführt werden, die möglichst nebenwirkungsarm, aber dennoch effektiv sind. Dies bedeutet insbesondere die Vermeidung von Hypoglykämien und Gewichtszunahme durch die Diabetestherapie. Gerade neuere Antidiabetika wie SGLT2-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptoragonisten und DPP4-Inhibitoren bieten hier die Möglichkeit einer effektiven Diabetes-Therapie ohne Hypoglykämie-Risiko und mit hoher metabolischer Effektivität.

Hohes kardiovaskuläres Risiko bei Menschen mit Diabetes mellitus

Über 50 Prozent der Todesfälle bei Diabetes mellitus Typ 2 sind durch kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzinfarkt, Schlaganfall und periphere arterielle Durchblutungsstörungen bedingt. Aus diesem Grund muss das primäre Ziel der Behandlung neben der Vermeidung von mikrovaskulären Komplikationen wie Nieren- und Augenerkrankungen auf die Senkung des kardiovaskulären Risikos ausgerichtet sein.

Dies beinhaltet neben der adäquaten Senkung des Blutzuckers auch eine zielwertorientierte Behandlung des Bluthochdrucks sowie der assoziierten Fettstoffwechselstörungen und eine Senkung des Körpergewichts.

Für die Behandlung der Zuckerstoffwechselstörung liegen nun für sämtliche neuen Antidiabetika so genannte kardiovaskuläre Endpunktstudien vor, in welchen untersucht wurde, inwieweit diese Medikamente nicht nur den Blutzucker senken können, sondern auch das kardiovaskuläre Risiko beeinflussen.

Kardiovaskuläre Endpunktstudien zu Antidiabetika

Seit 2012 müssen sämtliche neuen Antidiabetika nicht nur daraufhin untersucht werden, ob sie den Blutzucker adäquat senken können, sondern auch, ob sie das kardiovaskuläre Risiko von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 beeinflussen. Im Idealfall können diese Medikamente nicht nur den HbA1c positiv beeinflussen, sondern auch Herzinfarkte, Schlaganfälle und Mortalität reduzieren.

Während die kardiovaskulären Endpunktstudien für DPP4-Inhibitoren (Sitagliptin, Saxagliptin) in den letzten Jahren den neutralen Effekt auf das kardiovaskuläre Risiko von Menschen mit Diabetes mellitus gezeigt hatten, so liegen nun Daten für die SGLT2-Inhibitoren Empagliflozin (EMPA-REG Outcome) und Canagliflozin (CANVAS Studienprogramm) vor, die eindeutig zeigen, dass diese Medikamente kardiovaskuläre Endpunkte und Mortalität reduzieren können. Insbesondere die Komplikation einer dekompensierten Herzinsuffizienz konnte durch diese Medikamente drastisch reduziert werden. Darüber hinaus können diese Medikamente dazu beitragen, dass die Patienten Gewicht abnehmen und zusätzlich wird der Blutdruck reduziert. Das Hypoglykämie-Risiko der SGLT2-Inhibitoren ist dabei sehr gering.

Auch in der Medikamentenklasse der GLP-1-Rezeptoragonisten liegen positive Daten aus kardiovaskulären Endpunktstudien für die beiden Substanzen Liraglutid (LEADER-Studie) und Semaglutid (SUSTAIN-6 Studie) vor. Während für die Substanzen Lixisenatide und Exenatide kein positiver Effekt auf kardiovaskuläre Endpunkte gezeigt werden konnte, so konnten die vorher genannten Medikamente signifikante Reduktionen von Herzinfarkt, Schlaganfall und kardiovaskulärer Mortalität zeigen.

Diese Medikamente können somit besonders für Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus und hohem kardiovaskulärem Risiko vorteilhaft eingesetzt werden.

Die Mechanismen, welche hinter diesen positiven kardiovaskulären Effekten der neuen Antidiabetika stecken könnten, wurden im **Symposium „Endpunktstudien in der Diabetologie: Was passiert, warum funktioniert es?“ am Donnerstag, den 10.**

Mai 2018, von 08.30 bis 10.00 Uhr im Saal A6-7 „Langerhans“ beleuchtet.

Darüber hinaus wurden neue Erkenntnisse zur besonders häufig unterschätzten kardiovaskulären Begleiterkrankung Herzinsuffizienz im **Symposium „Herzinsuffizienz bei Diabetes – Wenn die Pumpe streikt“ am Donnerstag, den 10. Mai 2018, von 10.30 bis 12.00 Uhr im Saal A6-7 „Langerhans“** diskutiert.

Neue Medikamente zur LDL-Senkung

Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 ist eine zielwertorientierte Behandlung der Fettstoffwechselstörungen mit adäquater LDL-Senkung notwendig. Hierbei sind LDLK-Werte kleiner als 70 mg/Deziliter anzustreben. Für Patienten, die Cholesterinsenker wie Statine nicht vertragen oder bei denen eine Statinbehandlung diese Zielwerte nicht erreichen lässt, stehen nun die PCSK9-Inhibitoren (Evolocumab und Alirocumab) als injektatile Substanzen zur Verfügung, die eine exzellente weitere LDL-Senkung bei sehr guter Verträglichkeit – allerdings hohem Preis – ermöglichen. Für ausgewählte Patienten mit hohem Risikoprofil sind diese Medikamente sicherlich eine Bereicherung. Die PCSK9-Inhibitoren haben kürzlich in neuen kardiovaskulären Outcome-Studien (FOURIER und ODYSSEY-Outcome) gezeigt, dass die weitere LDL-Senkung durch dieses Wirkprinzip signifikant kardiovaskuläre Endpunkte reduzieren kann.

Der sinnvolle klinische Einsatz dieser Substanzen bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulären Risiko wird in einem „Praxisdialog“, einem neuen interaktiven Veranstaltungsformat beim Diabeteskongress, zum Thema **„Lipidtherapie in der Praxis“ am Freitag, den 11. Mai 2018, von 10.30 bis 12.00 Uhr im Saal A4 „Pfeiffer“** diskutiert.

Einsatz neuer Medikamente im Rahmen der multifaktoriellen Therapie bei Diabetes mellitus Typ 2

Zur adäquaten Risikosenkung bei multimorbiden Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ist der Einsatz der oben genannten neuen Medikamente mit positiven Ergebnissen aus kardiovaskulären Endpunktstudien eine Bereicherung. Gerade Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko können vom Einsatz der SGLT2-Inhibitoren und GLP-1-Rezeptoragonisten sowie ausgewählte Patienten mit Statinunverträglichkeit oder inadäquat behandelbarer Fettstoffwechselstörungen von der Behandlung mit PCSK9-Inhibitoren additiv und mit hohem Sicherheitsprofil profitieren. Es bleibt zu hoffen, dass durch den Einsatz dieser neuen Medikamente die kardiovaskuläre Komplikationsrate von multimorbiden Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 in Zukunft weiter reduziert werden kann.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2018

EXPERTENSTATEMENT

Wie lässt sich Lebensqualität messen?

Patientenrelevanz als Maßstab für evidenzbasierte Medizin

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

Typ-2-Diabetes ist eine chronische Erkrankung, die lebenslanger Behandlung bedarf. Gleichzeitig ist die Erkrankung sehr heterogen, da sie Menschen in unterschiedlichen Lebensaltern betrifft und auch unterschiedlich verläuft. Die Leitlinien empfehlen für die Therapie des Typ-2-Diabetes individuelle Therapieziele und Behandlungen, die sich am Patienten und seinen Bedürfnissen orientieren. Bislang wurde in der evidenzbasierten Medizin bei der Beurteilung von Behandlungen ein Fokus vor allem auf Behandlungsergebnisse mit „harten Endpunkten“, das heißt Verbesserung des Langzeitüberlebens und die Verminderung von krankheitsbedingten Komplikationen, gelegt, also auf Mortalität und Morbidität. Bei Diabetes sind dies zum Beispiel kardiovaskuläre Komplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, plötzlicher Herztod, Amputationen, Erblindung, Nierenversagen mit Dialysepflichtigkeit. Durch moderne effektive Behandlungsverfahren können heute die vorgenannten „harten Endpunkte“ häufig verhindert oder zeitlich hinausgezögert werden und das „progressionsfreie“ Leben mit der Erkrankung wird länger. Damit wird für die vergleichende Beurteilung des möglichen Nutzens oder Schadens einer Behandlungsmethode die Berücksichtigung sogenannter „patientenrelevanter Outcomes“ immer wichtiger. Diese schließen die Verminderung der Krankheitssymptome einerseits, aber auch die Erfassung von behandlungsbedingten Nebenwirkungen und Einschränkungen durch die Therapie im täglichen Leben ein. Bei Diabetes wären Beispiele für eine Symptomlinderung eine Verbesserung der hyperglykämiebedingten Symptome wie unter anderem Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Infektneigung, Durst, Visusminderung, Verminderung von nervenschädigungsbedingtem Schmerz. Als Beispiele für patientenrelevante Therapienebenwirkungen seien therapiebedingte Hypoglykämien (Unterzuckerungen), Körpergewichtszunahme, aber auch Gesichtspunkte der täglichen Behandlung wie Komplexität der Therapie in täglicher Anwendung, Therapieadhärenz, Behinderung durch Therapie in täglichen Aktivitäten und Behinderung durch Therapie in längerfristigen Entscheidungen (zum Beispiel bei Berufsausübung, Berufswahl) genannt.

Bislang werden diese patientenrelevanten Outcomes nicht regelhaft und nicht einheitlich in Studien erfasst. Die Zulassungsstudien für Medikamente, die bisher vor allem die Wirksamkeit und Sicherheit neuer Medikamente untersuchen, erfassen patientenrelevante Endpunkte meist nicht und sind häufig auch in ihrer

Untersuchungsdauer zu kurz, um diesbezüglich zu validen Daten und Schlussfolgerungen zu gelangen. Außerdem gibt es zur Erfassung von patientenrelevanten Endpunkten und zur Erfassung der Krankheitslast auch methodische Herausforderungen und Schwierigkeiten. Nicht nur aus Sicht der Fachgesellschaft DDG und internationaler Fachgesellschaften, sondern auch aus Sicht der Nutzenbewerter von Behandlungsverfahren im Gesundheitswesen (zum Beispiel Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen/IQWiG) und auch zunehmend der Hersteller von Medikamenten und vonseiten von Patientenverbänden besteht die Notwendigkeit, Patientenrelevanz auch für die Beurteilung von Therapien zu berücksichtigen. Hierzu ist es zum einen notwendig, sich auf Messgrößen und Parameter zu einigen und diese in Studien strukturiert und einheitlich zu erfassen. Eine Voraussetzung ist hierbei sicher auch die Möglichkeit, bei einzelnen Parametern eine gleichmäßige Abstufung der Symptomintensität oder der Auftretenshäufigkeit objektiv und ohne Störgrößen erfassen zu können. Wichtig ist eine Erfassung patientenrelevanter Ergebnisse auch vor dem Hintergrund, Patientensubgruppen zu definieren, die von einer bestimmten Behandlung besonders profitieren.

Die DDG hat diesbezüglich eine Arbeitsgruppe mit den oben genannten Akteuren gebildet, um hier verbindliche und einheitliche Strategien und Standards zu entwickeln, die zu einer Verbesserung der Berücksichtigung patientenrelevanter Outcomes führen. Dies wird der Nutzenbewertung von Behandlungen bei chronischen Erkrankungen sicher Vorschub leisten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2018

EXPERTENSTATEMENT

DiaDigital: Was bieten moderne Apps Menschen mit Diabetes? Sichtweisen von Arzt und Patient

Dr. med. Matthias Kaltheuner, Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft, niedergelassener Diabetologe, Leverkusen
Diana Droßel, Stellvertretende Vorsitzende von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Diabetesberaterin DDG

DiaDigital – das App-Siegel der Diabetesverbände

Die Digitalisierung schreitet voran, unsere Kompetenz aber nicht automatisch mit.

Smartphone-Apps sind in der Diabetologie schon recht verbreitet. Diabetes ist eine sehr Daten-intensive Erkrankung; insofern bietet sich die elektronische Datenverarbeitung als Hilfsmittel an. Smartphones sind die persönlichsten Computer geworden.

Nur wenige Anbieter haben eine hohe Anwenderzahl erreicht, die Geschäftsmodelle sind noch schwierig. Die meisten Apps werden nüchtern betrachtet wahrscheinlich wieder verschwinden.

Seit drei Jahren kommen betroffene Patienten und Behandler (Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen und Ärzte) zusammen, um ihre Kompetenz zu Smartphone-Apps zu erhöhen und die Erkenntnisse auch zu publizieren.

Eine Erkenntnis ist, dass der Nutzen die Nutzung bestimmt. Ohne Nutzen keine dauerhafte Nutzung!

Eine weitere Erkenntnis ist die, dass der Nutzen einer Diabetes-App wahrscheinlich nur durch Betroffene und Behandler beurteilt werden kann. Kann ein Nicht-Bahnfahrer die Bahn-App beurteilen? Kann ein Mensch mit Flugangst die Lufthansa-App wirklich beurteilen?

Angelehnt an einen europäischen Kriterienkatalog haben wir ein Bewerbungsverfahren entwickelt. Dieses beruht auf einem begleiteten Selbstauskunftsverfahren. Es erfolgt eine Bewerbung mit Selbstauskünften durch den Vertreiber der App, dann eine technische Prüfung durch das Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) in Bochum. Betroffene und Anwender benutzen die App und beurteilen sie nach Kriterien. Dabei wird auch nach Fehlfunktionen und Verbesserungsmöglichkeiten gesucht.

Ein wichtiger Punkt im Kriterienkatalog für die Beurteilung einer App ist auch die Barrierefreiheit: Das bedeutet, dass die App nach den Standardvorgaben der Betriebssysteme programmiert ist und dadurch auch von Menschen mit Einschränkungen wie Blindheit, Hörbehinderung oder aber von querschnittsgelähmten Menschen (durch Sprachausgabe wie VoiceOver/TalkBack oder Spracheingabe wie Alexa, Siri, Cortana, Ok Google) genutzt werden können. Nur wenn dies von vornherein gemacht wird, entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Wir haben zunächst geglaubt, dass rein formale Kriterien ausreichen, haben aber festgestellt, dass diese die Subjektivität in der Anwendung nicht ausreichend abbilden. Das Siegel der Diabetesverbände wird bei nicht negativer Bewertung vergeben, es wird eine kurze Beschreibung aus unserer Sicht veröffentlicht.

Wir sind sehr froh über diese Entwicklung. Was wir wirklich erreicht haben, ist unsere Kompetenz zu steigern. Geschafft haben wir zudem, interessierte Personen – sowohl Patienten als auch Behandler – zusammenzubringen und einige Apps strukturiert zu bewerten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2018

EXPERTENSTATEMENT

Was leistet innovative Forschung in der Diabetologie? Junge Wissenschaft im Fokus: Preisträger 2018

Dr. phil. Dominic Ehrmann, Gewinner des DDG Förderpreises 2018, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Mergentheim (FIDAM), Bad Mergentheim

Dissertation „Verhaltensmedizinische Aspekte bei Diabetes mellitus“

Diabetes mellitus kann als Modellerkrankung der Verhaltensmedizin bezeichnet werden, da wie bei kaum einer anderen chronischen Erkrankung die Therapie und damit der Behandlungserfolg beziehungsweise die Prognose vom Verhalten des Betroffenen und vom tagtäglichen Selbstmanagement abhängt.

Zur Selbstbehandlung des Diabetes gehört es, mehrmals am Tag wichtige Therapieentscheidungen zu treffen, die direkt einen Einfluss auf den Blutzuckerspiegel haben. Dabei kann man sich sehr leicht vorstellen, dass gerade psychologische Faktoren einen Einfluss auf das Selbstmanagement haben können.

Im Mittelpunkt dieser psychologischen Faktoren, die das Selbstmanagement und damit die Therapie maßgeblich beeinflussen, steht die „Depression“. Depressive Störungen kommen bei Menschen mit Diabetes circa zwei- bis dreimal so häufig vor wie bei Menschen ohne Diabetes. Die Auswirkungen der Depression auf den Verlauf des Diabetes sind mannigfaltig und konnten in vielen Studien dargelegt werden. Depressionen bei Menschen mit Diabetes führen zu einer reduzierten Lebensqualität, einem reduzierten Selbstbehandlungsverhalten, einem erhöhten Risiko für schwerwiegende Folgekomplikationen (zum Beispiel Diabetes-Fuß-Syndrom) und schließlich zu einer erhöhten Mortalität. Es ist daher von besonderem wissenschaftlichen und vor allem klinischem Interesse, Mechanismen der Entstehung einer Depression bei Menschen mit Diabetes besser zu verstehen, um daraus Ansatzpunkte für Interventionen ableiten zu können.

Meine Dissertation konnte sowohl einen möglichen Mechanismus zur Entstehung der Depression identifizieren sowie eine Interventionsmöglichkeit aufzeigen.

In einer längsschnittlichen Studie konnte ich zeigen, dass die persönliche Wahrnehmung des Diabetes und dessen Therapie ganz entscheidend für den Verlauf der depressiven Symptomatik ist. Die Wahrnehmung des Diabetes und der Therapie als spezifische Belastung führte dazu, dass Diabetespatienten, die bisher keine substantielle depressive Symptomatik aufwiesen, sechs Monate später vermehrt über erhöhte depressive Symptome berichteten. Die anfängliche diabetesspezifische

Belastung hatte sich also sechs Monate später zu einer diabetesunspezifischen depressiven Symptomatik entwickelt. Es konnte zudem gezeigt werden, dass Diabetespatienten, die den Diabetes nicht als Belastung wahrnehmen, ihre anfänglich erhöhte depressive Symptomatik sechs Monate später reduzieren konnten. Wurde der Diabetes allerdings als Belastung wahrgenommen, waren die depressiven Symptome auch sechs Monate später noch erhöht. Damit konnte die persönliche Wahrnehmung des Diabetes als mögliche Stellschraube zur Beeinflussung der depressiven Symptomatik identifiziert werden.

Als mögliche Intervention, um die persönliche Wahrnehmung des Diabetes als Belastung zu adressieren, konnte in einer weiteren wissenschaftlichen Untersuchung die Diabetesschulung identifiziert werden. In gleich zwei Publikationen konnte dargestellt werden, dass sich durch eine Schulungsmaßnahme psychosoziale Aspekte dergestalt adressieren lassen, dass der Diabetes und die Therapie nach Teilnahme an der Schulung weniger stark als Belastung erlebt wurde. Die Diabetesschulung wurde daher als Möglichkeit identifiziert, um über die Reduktion von diabetespezifischen Belastungen die Entstehung beziehungsweise Behandlung der depressiven Symptomatik günstig zu beeinflussen.

Meine Dissertation stimulierte somit zum einen die weitere wissenschaftliche Forschung zum Thema Depression bei Menschen mit Diabetes. So wird aktuell weiter daran geforscht, welche Auswirkungen diabetespezifische Belastungen auf die Diabetestherapie haben, und was mögliche erklärende Mechanismen sind, wie es zur Entwicklung einer Depression kommen kann. Die Arbeitsgruppe um Professor Kulzer und Professor Hermanns des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie in Bad Mergentheim, zu denen auch ich gehöre, versucht in einer neuen Studie genauer herauszufinden, wodurch Belastungen oder Stressoren im Alltag der Menschen mit Diabetes zur Entstehung einer Depression führen können.

Zum anderen enthält die Dissertation auch Implikationen für die klinische Arbeit mit Diabetespatienten. Die Arbeit zeigt, dass diabetespezifische Belastungen im klinischen Alltag regelmäßig überprüft werden sollten (zum Beispiel durch Fragebögen), da hierdurch ein wichtiger Risikofaktor für die Depression erfasst werden kann. Diese Erfassung ermöglicht es Diabetes-Teams zudem, relativ einfach erkennen zu können, wodurch der Diabetespatient belastet wird, zum Beispiel Belastung aufgrund von Überforderung durch die Therapie, Belastung durch fehlende klare Ziele, Angst vor Unterzuckerungen, Angst vor Folgekomplikationen. Diese Belastungsmomente können dann im klinischen Alltag adressiert werden, zum Beispiel mit einer strukturierten Diabetesschulung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2018

DDG Medienpreise 2018

für exzellente Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die den Betroffenen und ihren Angehörigen eine Menge abverlangt: Auch bei bestmöglicher Betreuung und Schulung muss sich jede/jeder Einzelne aktiv einbringen in die Therapie und die Fähigkeit zum Selbstmanagement entwickeln.

Die Medienpreise der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) 2018 wollen den **Fokus** auf den **Menschen mit Diabetes** legen: Wie sieht der Alltag mit dieser chronischen Erkrankung aus? Wie gelingt das Selbstmanagement? Welche seelischen und körperlichen Herausforderungen gibt es? Wo finden Menschen mit Diabetes Unterstützung?

Die DDG schreibt 2018 zum fünften Mal Medienpreise aus. Zusätzlich zu den **Kategorien Text, Hörfunk** und **Fernsehen** wird diesmal ein weiterer Preis in der Kategorie **Online-Sonderpreis** vergeben. Zu Letzterem können Websites, Blogs oder You-Tube-Videos gehören. Jeder der vier Preise ist mit jeweils 1.500 Euro dotiert.

Bewerben können sich Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum, die sich fundiert, differenziert und intensiv mit Diabetes mellitus befasst haben und denen es gelingt, verständlich und überzeugend zum Beispiel über Prävention, Diagnostik und Behandlung von Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 zu berichten.

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

Kategorie: Hörfunk

Kategorie: Fernsehen

Kategorie: Online-Sonderpreis

In das Auswahlverfahren werden Presseveröffentlichungen, Beiträge aus Hörfunk und Fernsehen sowie Websites/Blogs/Videos einbezogen, die **zwischen dem 1. August 2017 und dem 31. Juli 2018** 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 2018** 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 der Beitrag im Web abrufbar ist).

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 2018 (9. - 10. November 2018, Wiesbaden). Die persönliche Teilnahme der Preisträger ist ausdrücklich erwünscht. Es wird ein Anteil an anfallenden Reise- und Übernachtungskosten in Höhe von maximal 150 Euro übernommen. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt 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, veröffentlicht im Zeitraum 01.08.2017 bis 31.07.2018
Dotierung:	Insgesamt 6.000 Euro
Einsendeschluss:	31.07.2018
Kontakt:	Pressestelle Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Dagmar Arnold Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart Tel.: 0711 8931-380, Fax: 0711 8931-167 arnold@medizinkommunikation.org, www.ddg.info

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 erhält 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 9 000 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, unter anderem 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 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (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



DIABETES KONGRESS 2018

9.–12. Mai 2018, Berlin

**Kongress-Pressekonferenz im Rahmen des Diabetes Kongresses 2018,
53. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Digitalisierung in der Diabetologie: Wie viel Diabetes-Wissen steckt in unseren Daten?

Termin: Freitag, 11. Mai 2018, 11.15 bis 12.15 Uhr

Ort: Saal M4, Level 3, CityCube Berlin

Anschrift: Haupteingang Messedamm, Messedamm 26, 14055 Berlin

Themen und Referenten:

Wofür brauchen wir ein Nationales Diabetes-Register?

Erkenntnisse aus der Versorgungsrealität von Menschen mit Diabetes

Universitätsprofessor Dr. med. Jochen Seufert, FRCPE

Kongresspräsident Diabetes Kongress 2018, Leiter der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II am Universitätsklinikum Freiburg

Arzt oder App: Wer hat künftig die Verantwortung für die qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten?

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

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

Professor Dr. Karl Broich, BfArM

Honoraryprofessor an der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Präsident des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, Berlin

Wer bekommt wann warum Diabetes?

Mit Big Data personalisierte Diabetes-Prävention möglich machen

Professor Dr. Dr. h.c. rer. nat. Martin Hrabě de Angelis

Vorstand des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), Direktor des Instituts für Experimentelle Genetik am Helmholtz Zentrum München, Lehrstuhl für Experimentelle Genetik, Technische Universität München

Patienten im Mittelpunkt der Digitalisierung: wozu mir meine Daten wichtig sind?

Bastian Niemeier

DDG Medienpreisträger 2017

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DDG, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Stephanie Balz

Pressestelle Diabetes Kongress 2018

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-423

Fax: 0711 8931-167

hommrich@medizinkommunikation.org

Curriculum Vitae

Universitätsprofessor Dr. med. Jochen Seufert, FRCPE
Kongresspräsident Diabetes Kongress 2018, Leiter der Abteilung
Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II am
Universitätsklinikum Freiburg



Professor Dr. med. Jochen Seufert erlangte seinen medizinischen Abschluss im Jahr 1989 an der Universität Würzburg in Deutschland. Dort begann er seine Weiterbildung zum Internisten, Endokrinologen und Diabetologen sowie Gastroenterologen an der Medizinischen Poliklinik. Von 1995 bis 1998 folgte ein Forschungs- und Weiterbildungsaufenthalt am Massachusetts General Hospital und am Joslin Diabetes Center an der Harvard Medical School in Boston, USA. Dort entstanden Forschungsarbeiten zur Zell- und Molekularbiologie der Betazellen des endokrinen Pankreas sowie zur Wirkung des Fettgewebshormons Leptin am endokrinen Pankreas und es erfolgte eine klinische Weiterbildung in Endokrinologie und Diabetologie. Nach Würzburg zurückgekehrt, folgte der Aufbau einer eigenen Forschergruppe sowie die Komplettierung der internistischen Ausbildung, die mit den Facharztbezeichnungen Endokrinologie und Diabetologie sowie Gastroenterologie abgeschlossen wurde. Im Jahr 2000 Habilitation im Fach Innere Medizin. Ab 2001 Leitung der Abteilung Stoffwechsel, Endokrinologie und Molekulare Medizin an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg. Im Jahr 2006 Ruf als ordentlicher W3-Professor an die Klinik für Innere Medizin II, Abteilung Endokrinologie und Diabetologie, des Universitätsklinikums Freiburg im Breisgau. Diese Klinik wurde von Professor Seufert zu einem Zentrum für die Versorgung von Patienten mit endokrinen Erkrankungen und als Diabeteszentrum ausgebaut.

Seine klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte sind die Erforschung und Umsetzung neuer Behandlungsformen des Diabetes mellitus. Dies sowohl im grundlagenwissenschaftlichen Bereich auf dem Gebiet der Betazell- und Stammzellforschung als Leiter eines diabetologischen Forschungslabors als auch im Bereich der klinischen Forschung. Professor Seufert ist Mitglied in Lenkungsgruppen von mehreren großen internationalen Patientenstudien auf diesem Gebiet.

Die wissenschaftlichen Arbeiten von Professor Seufert wurden mehrfach ausgezeichnet, unter anderem mit dem Merck Senior Fellows Award (Endocrine Society, USA), dem Schoeller-Junkmann-Wissenschaftspreis (Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie), dem

Theodor-Frerichs-Preis (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin) und dem Ernst-Friedrich-Pfeiffer-Preis (Deutsche Diabetes Gesellschaft). Im Jahr 2010 wurde Professor Seufert als Ehrenmitglied in das Royal College of Physicians of Edinburgh (FRCPE), Schottland, aufgenommen. In den Jahren 2010/11 erfolgte eine Weiterbildung im Bereich Business Management.

Aktuell ist er als Referent der Bereiche „Diabetes und Metabolismus“ und „Molekulare und zelluläre Endokrinologie“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie sowie als Sprecher der Kommission Versorgungsforschung und Register der DDG aktiv.

Seit Jahren ist er als Gutachter für nationale und internationale Fachzeitschriften (wie Diabetes, Diabetes Care, Proceedings of the National Academy of Sciences, Diabetologia, Science, Cell Metabolism, Journal of Clinical Investigation) und wissenschaftliche Fördereinrichtungen (Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Institut national de la santé et de la recherche médicale/INSERM, Schweizerischer Nationalfond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung/SNF, Max-Planck-Gesellschaft) aktiv tätig. Weiterhin Tätigkeit im Wissenschaftsrat.

Er wurde in Gremien für die Beratung der Gesundheitspolitik zum Thema Diabetes mellitus auf Landesebene (Landesbeirat Diabetes Baden-Württemberg) und Bundesebene (Wissenschaftlicher Beirat für die Nationale Diabetes-Surveillance des Robert-Koch-Instituts) berufen.

Curriculum Vitae

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



Studium:

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

Promotion:

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

Habilitation:

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

Berufliche Laufbahn:

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

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

Mitgliedschaften in klinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:

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

Qualifikationen:

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

Forschung:

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

Curriculum Vitae

Diana Droßel

Stellvertretende Vorsitzende von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, Diabetesberaterin DDG



Diana Droßel ist seit 2014 Mitglied des Vorstands von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe für die Gruppe der Betroffenen und Interessierten. Im Vorstand ist Frau Droßel zuständig für die Bereiche Selbsthilfe (DDH-M), Barrierefreiheit, Medizinprodukte und Apps.

Selbst 1982 infolge einer Infektion erblindet, kämpft Frau Droßel dafür, sich ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Nach ihrer Erblindung lernt sie, mit zahlreichen technischen Hilfsmitteln umzugehen und macht die Ausbildung zur Diabetesberaterin. Sie motiviert in ihren Schulungen andere zum Selbstmanagement und ist ein Vorbild für alle Sehenden.

Frau Droßel engagiert sich auf vielfältige Weise dafür, dass die medizintechnischen Hilfsmittel, die für die Selbsttherapie benötigt werden, barrierefrei nutzbar sind. Sie ist Gründungsmitglied einer Arbeitsgruppe zum Thema Apps und Diabetes, die die AGDT der DDG ins Leben gerufen hat, wurde in den Beirat des Robert Koch-Instituts zur Nationalen Diabetes-Surveillance berufen und ist als Patientenvertreterin bei der Taskforce Diabetologie 2025 dabei, bei der sie sich für die Themen Telemedizin und Digitalisierung stark macht.

Neuen Techniken steht Frau Droßel aufgeschlossen gegenüber und bewältigt so nicht nur ihre Blindheit, sondern managt vor allem ihren Diabetes: Ihr Blutzuckermessgerät spricht mit ihr, ihr Blutzuckerwert wird ihr mit einem akustischen Signal, wie man es von der Turmuhr her kennt, angezeigt: Erst kommt die Hunderterstelle mit einmal Piepen für einhundert oder dreimal für dreihundert. Erst nach einer kleinen Pause folgt die Zehnerstelle und nach der nächsten Pause sind die Einer dran. Auch ihre Insulinpumpe hat Orientierungstöne, hier muss sie allerdings die Menüstruktur im Kopf haben, so, als wenn ein Sehender den Stadtplan von Berlin inklusive Einbahnstraßen und aller Geschwindigkeitsreglungen auswendig kennen würde, um die Pumpe bedienen zu können. Aktuell vorhandene Technik, wenn sie zur Verfügung gestellt wird, kann Blinden alle Türen öffnen.

Deshalb kämpft Diana Droßel dafür, dass alle medizin-technischen Hilfsmittel, die für die Selbsttherapie benötigt werden, barrierefrei nutzbar sind. Denn bislang ist nicht jedes Blutzuckermessgerät Blinden zugänglich, obwohl die Industrie die fertigen Programme dafür in der Schublade hat. Es ist gesetzlich noch nicht gefordert und so scheint der Industrie ein Gimmick für die Sehenden, das Speicherkapazität auf dem Display frisst, wichtiger als akustische Signale für die Sehbehinderten. Diana Droßel hat einen Wunsch an die Politik: Menschen wie sie, die ihr Schicksal meistern wollen, wenn man ihnen die nötigen Hilfsmittel gewährt, brauchen gesetzliche Regelungen, um die Chance zu haben, mit gutem Selbstmanagement Komplikationen wie Nierenversagen, Amputation, Herzkrankheiten oder Schlaganfall zu vermeiden. Die benötigte Technik wäre noch nicht einmal teuer, mitunter geht es um eine Investition von wenigen Cent pro Gerät.

Die Selbsthilfe für Menschen mit Diabetes hat für Frau Droßel überragende Bedeutung, auch für ihr eigenes Leben. Als Beirat der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) vertritt sie die Anliegen der Selbsthilfe im Vorstand von diabetesDE. Ihr Ziel ist, dass alle Menschen mit Diabetes, vom Kind bis zum Senioren, egal ob mit oder ohne Folgeschäden, die Chance bekommen, ihre Therapie eigenständig durchzuführen. Neben der Diabetesselbsthilfe engagiert sich Frau Droßel auch gleichermaßen in der Blindenselbsthilfe. „Obwohl Schädigungen der Augen eine häufige Folgeerkrankung sind, werden die Bedürfnisse von blinden Menschen mit Diabetes noch zu wenig berücksichtigt. Ich kämpfe dafür, dass sich der Blick auf dieses Thema ändert“, so Diana Droßel.

Curriculum Vitae

Dr. phil. Dominic Ehrmann

Gewinner des DDG Förderpreises 2018, Wissenschaftlicher Mitarbeiter
am Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Mergentheim (FIDAM),
Bad Mergentheim



Ausbildung

2016	Promotion Disputation am 05.07.2016 Note: summa cum laude
2012–2016	Promotionsstudium Psychologie Promotion an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg Thema: Verhaltensmedizinische Aspekte bei Diabetes mellitus
2005–2010	Studium der Psychologie an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Abschluss: Diplom

Beschäftigung

Seit 2010	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut der Diabetes- Akademie Mergentheim (FIDAM)
-----------	--

Forschungsschwerpunkte

- Assoziation zwischen Depression und Diabetes
- Emotionale Auswirkungen des Diabetes mellitus: diabetesbezogene Belastungen (Diabetes Distress)
- Entwicklung von Fragebögen zur Erfassung von Patient-Reported Outcomes
- Nutzung von Technologien zur Erfassung von Selbstbehandlungsverhalten
- Entwicklung und Evaluation von psychoedukativen Interventionen

Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Verbänden

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

PsychoSocial Aspects of Diabetes (PSAD) Study Group

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Auszeichnungen

2015 Preis für die beste Publikation der PsychoSocial Aspects of Diabetes Study Group der European Association for the Study of Diabetes (EASD) 2015 (Ehrmann et al. Longitudinal relationship of diabetes-related distress and depressive symptoms: analyzing incidence and persistence. *Diabetic Medicine* 2015, 32(10):1264-271)

Andere Aktivitäten

- Durchführung von Seminaren zu psychosozialen Aspekten bei Diabetes mellitus
- Fortbildungstätigkeit für Diabetologinnen/Diabetologen und Diabetesberaterinnen/-berater zu psychoedukativen Interventionen
- Lehrtätigkeit an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg – Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie