

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

Termin: Donnerstag, 30. November 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

„Wenn es dunkel wird – warum Depressionen bei Diabetes ein massives Problem darstellen“

Themen und Referenten:

Ein unterschätztes Problem:

Menschen mit Diabetes und Depression sind kränker und sterben früher

Professor Dr. Dipl.-Psych. Bernd Kulzer

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG,
Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim

Wohin wende ich mich als Patient mit Diabetes und Depression?

Dr. phil. Andrea Benecke

Psychologische Psychotherapeutin,
Leiterin der Ausbildungsambulanz für Psychologische Psychotherapie an der Universität
Mainz, Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer

Warum Weiterbildung in der Betreuung von Patienten mit Diabetes so wichtig ist

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

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

Moderation:

Kerstin Ullrich, Pressestelle DDG, Stuttgart

Kontakt für Rückfragen:

Kerstin Ullrich

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-641

Fax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org

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

**„Wenn es dunkel wird – warum Depressionen bei Diabetes ein massives
Problem darstellen“**

Termin: Donnerstag, 30. November 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Inhalt:

Pressemeldung

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: ullrich@medizinkommunikation.org

Kontakt für Rückfragen:

Kerstin Ullrich

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-641

Fax: 0711 8931-167

ullrich@medizinkommunikation.org



Deutsche Diabetes Gesellschaft

P R E S S E M I T T E I L U N G

**Stark erhöhte Suizidgefahr und mehr Folgeerkrankungen
Menschen mit Diabetes leiden doppelt so häufig an Depressionen**

Berlin, 30. November 2017 – In Deutschland sind 6,5 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt, die meisten an Typ 2. Davon leiden schätzungsweise 800.000 Menschen gleichzeitig an einer behandlungsbedürftigen Depression. „Depressionen kommen bei Menschen mit Diabetes damit doppelt so häufig vor wie in der Allgemeinbevölkerung“, sagt Professor Dr. Diplom-Psychologe Bernd Kulzer, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Mit ernststen Folgen: Die Betroffenen haben schlechtere Blutzuckerwerte und entwickeln häufiger gefäßbedingte Folgeerkrankungen etwa an Nieren, Augen und Füßen. Darüber hinaus ist die Suizidgefahr um 50 Prozent erhöht, vor allem bei jüngeren Männern mit Diabetes Typ 1. Betroffene sollten sich bei Warnzeichen psychologische Hilfe suchen, rät die DDG. Dafür gibt es spezielle Expertise – zum Beispiel von Fachpsychologen Diabetes der DDG. „Depressiv erkrankte Menschen mit Diabetes können sich aber auch an jeden niedergelassenen Psychotherapeuten wenden“, ergänzt Dr. Andrea Benecke, Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Lässt sich der Blutzucker nur schwer einstellen, helfen speziell weitergebildete Psychotherapeuten weiter.

„Depressionen bei Patienten mit Diabetes stellen ein massives und bislang unterschätztes Problem dar“, betont Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Past Präsident und Pressesprecher der DDG. Auslöser einer begleitenden Depression sind häufig diabetesbezogene Belastungen. „Patienten mit Diabetes müssen jeden Tag Verantwortung für ihre Therapie übernehmen, ihre Blutzuckerwerte genau im Blick haben, Medikamente dosieren und einnehmen, Rückschläge verarbeiten“, erläutert Kulzer. „Dies kann besonders dann sehr stressig und depressionsfördernd sein, wenn neben dem Diabetes noch andere Belastungen im Leben vorhanden

sind, negative Erlebnisse wie Unterzuckerungen oder Folgeerkrankungen auftreten oder Menschen wenig Unterstützung im Umgang mit dem Diabetes erfahren.“

Die Auswirkungen einer klinischen Depression auf den Gesundheitszustand der Diabetespatienten sind gravierend. „Depressive Stimmungseinbrüche können eine Diabetesbehandlung erheblich gefährden“, warnt BPTK-Vorstand Benecke. „Die Patienten sind nicht mehr ausreichend in der Lage, die notwendigen Blutzuckermessungen durchzuführen und sich Insulin zu spritzen.“ Sie versinken in negativen Gedanken, wie: „Ich kann den Diabetes nicht mehr ertragen“, „Ich tue mein Bestes, aber es reicht nicht“, „Ich will meine Ruhe haben und keinen Diabetes“. In der Konsequenz verschlechtert sich der Langzeitblutzuckerwert HbA1c. Ohne eine psychotherapeutische Behandlung sei dann eine erfolgreiche Diabetestherapie kaum mehr möglich, betont Andrea Benecke.

Behandlungskosten steigen um bis zu 90 Prozent

Darüber hinaus übt die Depression einen direkten negativen körperlichen Einfluss auf die Stoffwechselstörung aus. Grund: Die psychische Erkrankung führt über eine Aktivierung der Hypophysen-Nebennieren-Achse zu einer Erhöhung entzündlicher Prozesse an den großen und kleinen Blutgefäßen. „Das wiederum fördert die Entstehung weiterer Folgeerkrankungen etwa an Nerven, Augen, Füßen oder Nieren“, so Kulzer. Insgesamt steigen die Behandlungskosten durch die Mehrfachtherapie von Diabetes, Depression und Folgeerkrankungen um 50 bis 90 Prozent.¹

Die Folgeerkrankungen – dazu zählen vor allem Schlaganfall und Herzinfarkt – tragen maßgeblich dazu bei, das Sterblichkeitsrisiko bei Menschen mit Diabetes und Depression zu verdoppeln. Ein weiterer Faktor ist die erhöhte Suizidrate. „Wir müssen leider feststellen, dass das Suizidrisiko höher liegt als bei depressiven Menschen ohne Diabetes“, so Kulzer. Wie eine aktuelle Studie zeigt, steigt die Suizidgefahr bei Diabetes um 50 Prozent im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, besonders bei jüngeren Männern mit Typ-1-Diabetes. „Hochgerechnet auf Deutschland bringen sich täglich mehr als zwei Personen mit Depression und Diabetes um, jährlich über 800 Menschen – eine viel zu hohe Zahl“, erklärt Kulzer. „Fest steht: Depressive Diabetespatienten sind kränker und sterben früher.“

Die Hälfte aller Depressionen wird nicht erkannt

Dennoch wird die Hälfte aller Depressionen bei Diabetes nicht erkannt. „Die Diagnose wird viel zu selten gestellt“, so Kulzer. Patienten sollten daher auf entsprechende Warnzeichen achten. „Wenn die Therapie zur Last wird und mehr

Energie als bisher kostet, ist das ein Alarmsignal“, erklärt der Psychologe. Dann kann unter Umständen professionelle Hilfe notwendig sein. „Diabetespatienten, die unter depressiven Stimmungen leiden, erhalten seit dem 1. April dieses Jahres schnell einen Termin in der neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde“, betont BPTK-Vorstand Benecke. „Jeder niedergelassene Psychotherapeut kann depressiv erkrankte Menschen mit Diabetes behandeln.“ Ist der Blutzucker dauerhaft nicht stabil einzustellen, kann an speziell weitergebildete Psychotherapeuten vermittelt werden.

Ressourcen stärken, negative Muster bearbeiten

Im Zuge einer Psychotherapie stärken die Experten unter anderem die Ressourcen der Diabetespatienten, ermöglichen Erfolgserlebnisse oder finden tiefer liegende negative Muster, die der Diabetesbehandlung im Wege stehen und bearbeitet werden müssen. „Ziel einer Therapie ist eine gefestigte psychische Verfassung, die eine Rückkehr zu einem verlässlichen Selbstmanagement des Diabetes ermöglicht, was sich wiederum in einem stabilen HbA1c-Wert ausdrückt“, erläutert Andrea Benecke.

Mehr Psychotherapeuten für Diabetespatienten

Um die psychosoziale Betreuung von Patienten mit Diabetes und einer begleitenden Depression zu stärken, hat die DDG bereits vor Jahren eine Weiterbildung zum „Fachpsychologen DDG“ ins Leben gerufen. Darüber hinaus wird sich auch die psychotherapeutische Versorgung für Diabetespatienten mit psychischen Störungen wie Depressionen in Zukunft verbessern. Dafür sorgte Anfang des Jahres 2017 der 30. Deutsche Psychotherapeutentag in Hannover, der die Muster-Weiterbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten um eine Weiterbildung zur „Speziellen Psychotherapie bei Diabetes“ erweiterte.

„Wir begrüßen diese Entscheidung sehr“, betont Gallwitz. „Es ist wichtig, die psychische Seite des Diabetes viel mehr als bisher zu beachten und für die Betroffenen künftig angemessene Therapieangebote zur Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen.“

Wer sich depressiv fühlt, kann zunächst einen Kurztest der WHO machen:

<http://www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=705>. Bei Bedarf helfen psychologische oder psychotherapeutische Spezialisten weiter (siehe unten).

Hier gibt es spezielle Hilfe:

- Die DDG führt eine Liste aller „Fachpsychologen Diabetes DDG“, die eine spezielle diabetologische Weiterbildung erhalten haben: www.diabetes-psychologie.de. Suche nach Postleitzahlen ist möglich unter: <http://www.diabetes-psychologie.de/templates/main.php?SID=2798>
- Auch die Bundespsychotherapeutenkammer bietet eine Suche nach Psychotherapeuten an: <http://www.bptk.de/service/therapeutensuche.html>. In Rheinland-Pfalz gibt es erste Absolventen der neuen Weiterbildung zum Psychodiabetologen: <https://www.lpk-rlp.de/>

¹ [Ciechanowski PS](#)¹, [Katon WJ](#), [Russo JE](#). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. [Arch Intern Med](#). 2000 Nov 27;160(21):3278-85.

Kalsekar ID¹, Madhavan SM, Amonkar MM, Scott V, Douglas SM, Makela E. The effect of depression on health care utilization and costs in patients with type 2 diabetes. [Manag Care Interface](#). 2006 Mar;19(3):39-46.

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 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
Kerstin Ullrich
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-641, Fax: 0711 8931-167

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

Ein unterschätztes Problem:

Depressive Menschen mit Diabetes sind kränker und sterben früher

Professor Dr. Dipl.-Psych. Bernd Kulzer, Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim, Leiter des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM), Universität Bamberg, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG

Depressionen sind ein wichtiges und drängendes Thema der Diabetestherapie, denn zwischen beiden Erkrankungen bestehen wechselseitige Beziehungen. **Jeder dritte Diabetespatient weist eine erhöhte psychische Belastung auf** und läuft Gefahr, eine Depression zu entwickeln, **jede achte bis zehnte Person mit Diabetes leidet an einer klinischen Depression**. Damit kommen Depressionen etwa doppelt so häufig vor wie in der Normalbevölkerung. Insgesamt gibt es damit **in Deutschland über 800 000 Menschen, die neben dem Diabetes auch an einer Depression erkrankt sind**. Auf der anderen Seite erhöhen Depressionen bei Personen ohne Diabetes aufgrund einer verminderten Insulinempfindlichkeit die Wahrscheinlichkeit, an Typ-II-Diabetes zu erkranken und sind daher ein wichtiger Risikofaktor, der bei der Prävention des Diabetes zu beachten ist.

Summativ sind die Auswirkungen von Depressionen und einer erhöhten Depressivität für den Betroffenen, die Behandler wie auch die

Solidargemeinschaft äußerst negativ. Depressionen erschweren die Diabetesbehandlung, führen zu verschlechterten Blutzuckerwerten, erhöhen das Risiko für Folgeerkrankungen und verschlechtern die Prognose des Diabetes. Die Auswirkungen von Depressionen sind bei Diabetes auch deshalb so gravierend, da die Diabetestherapie fast vollständig in der Hand des Patienten liegt und diese täglich möglichst gut und erfolgreich von dem Betroffenen umgesetzt werden muss. Dies gelingt umso schlechter, wenn aufgrund von Depressionen der Antrieb vermindert ist und Patienten weniger Energie haben, um sich sorgfältig um ihren Diabetes zu kümmern. Auch die Neigung zum Grübeln und ein Gefühl der Gleichgültigkeit kann zum Aufschieben oder Unterlassen von Entscheidungen, wie zum Beispiel dem Messen des Blutzuckers oder körperliche Aktivität, führen. Da in der Depression keine positive Zukunftsperspektive vorliegt und negative Gedanken überwiegen, stellen viele Betroffene auch den Sinn der Diabetestherapie infrage („Warum, Wozu?“). Depressionen führen bei betroffenen Patienten neben dem schlechteren Befinden auch zu schlechteren Blutzuckerwerten und einem ungesünderen Lebensstil mit Bewegungsmangel und einem eher unkontrollierten Essverhalten. Dies hat Folgen, denn **Menschen mit Diabetes und Depressionen haben deutlich mehr Folgeerkrankungen als Diabetespatienten ohne Depressionen**. Neben den Behandlungskosten für beide Erkrankungen sind es besonders die erhöhten Kosten für

die Therapie der Folgeerkrankungen, die dazu führen, dass die **Kosten für depressive Diabetespatienten vergleichsweise circa um 50 Prozent erhöht sind.**

Eine bislang ebenfalls unterschätzte Folge von Depressionen bei Diabetes ist die erhöhte Mortalität. Die Arbeitsgruppe um Kruse et al. (1) kam kürzlich in einer vergleichenden Betrachtung der bisherigen Studien zu dieser Thematik (Metaanalyse) zu dem Schluss, dass **Depressionen das Sterblichkeitsrisiko bei Menschen mit Diabetes verdoppeln.** Verantwortlich sind hierfür wahrscheinlich zwei Faktoren. Bei depressiven Menschen ist das Suizidrisiko erhöht, was bei Diabetes noch einmal deutlicher zu beobachten ist, als bei depressiven Menschen ohne Diabetes. Eine aktuelle Studie (2) konnte zeigen, dass das **Suizidrisiko bei Diabetes etwa 50 Prozent im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung erhöht** ist, besonders jüngere Männer mit Typ-I-Diabetes sind gefährdet. Hochgerechnet auf Deutschland bringen sich täglich mehr als zwei Personen mit einer Depression und Diabetes um, jährlich über 800 Menschen – eine viel zu hohe Zahl!

Für die erhöhte Sterblichkeit von depressiven Menschen mit Diabetes ist vor allem aber der durch Depressionen verursachte intrapsychische chronische Dauerstress verantwortlich, der über die Aktivierung der Hypophysen-Nebennieren-(HPA)-Achse zu einer **Erhöhung entzündlicher Prozesse (Inflammation) an den großen und kleinen Blutgefäßen** führt, welche sowieso bei Diabetes besonders gefährdet sind. Depressionen sind somit bei Menschen mit Diabetes eine Art „Brandbeschleuniger“ für Gefäßschädigungen, die zu den Folgeerkrankungen des Diabetes führen. Gut zeigen konnten dies kürzlich eine Arbeitsgruppe von Forschern aus Bad Mergentheim und Düsseldorf, die in Forschungsprojekten des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) e. V. herausfanden, dass sich mithilfe eines verhaltenstherapeutischen Programms bei Menschen mit erhöhter Depressivität, die Stressbelastung des Diabetes reduzieren ließ, was gleichermaßen die Stoffwechseleinstellung verbesserte, die Entzündungsprozesse in den Gefäßen reduzierte, aber auch die Entwicklung von klinischen Depressionen verhindern konnte (3, 4, 5).

Vor der Therapie steht jedoch die **Diagnose einer Depression, die bei Menschen mit Diabetes noch immer viel zu selten gestellt wird.** Nur 30 Prozent aller Patienten in Deutschland gaben in der internationalen DAWN2-Studie an, vom Arzt nach Depressionen befragt worden zu sein, insgesamt werden über 50 Prozent aller Depressionen bei Diabetes bislang nicht erkannt (6). Für Betroffene sind es erste Warnanzeichen, wenn die Diabetestherapie zur Last wird und mehr Energie als bisher kostet. Auch das Auftreten von Folgeerkrankungen und schwere Unterzuckerungen

erhöhen das Risiko für Depressionen. Zur **Selbsteinschätzung, ob eine Depression vorliegt, gibt es im Deutschen Gesundheits-Pass Diabetes einen kurzen Fragebogen mit fünf Fragen (WHO-5)**, mit deren Hilfe die Patienten selber überprüfen können, ob eine Depression vorliegt und sie sich zur weiteren Abklärung an einen Arzt wenden sollen. Für Ärzte gibt es in der **Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“**, die auch in einer Praxisausgabe verfügbar ist, wichtige Hinweise zu Diagnostik und Therapie von Depressionen bei Diabetes (7). **Fragebögen zum Screening und der Diagnostik von Depressionen** wie auch eine **Liste aller Fachpsychologen Diabetes DDG**, die eine spezielle diabetologische Weiterbildung absolviert haben, gibt es bei der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Psychologie, DDG“ (www.diabetes-psychologie.de).

Sehr zu begrüßen ist, dass sich die psychotherapeutische Versorgung für Diabetespatienten mit komorbiden psychischen Störungen wie Depressionen in Zukunft verbessern wird. Dafür sorgte Anfang des Jahres der 30. Deutsche Psychotherapeutentag in Hannover, der mit großer Mehrheit die Muster-Weiterbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten um eine **Weiterbildung zur „Speziellen Psychotherapie bei Diabetes“** (http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Recht/Satzungen_und_Ordnungen/Muster-Weiterbildungsordnung_BPtK.PDF) erweiterte. Experten der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), die sich für diese Erweiterung stark gemacht hatten, begrüßen die Entscheidung, auch unter dem Hinweis auf die schlechte Versorgungslage von Menschen mit Diabetes und Depressionen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2017

Literatur:

- (1) Hofmann M, Köhler B, Leichsenring F, Kruse J. Depression as a Risk Factor for Mortality in Individuals with Diabetes: A Meta-Analysis of Prospective Studies. Al Naggar RA, ed. PLoS ONE; 2013; 8(11):e79809. doi:10.1371/journal.pone.0079809
- (2) Wang B, An X, Shi X, Zhang JA. Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Eur J Endocrinol 2017; October 1, 177 R169–R181
- (3) Hermanns N, Schmitt A, Gahr A, Herder C, Nowotny B, Roden M, Ohmann C, Kruse J, Haak T, Kulzer B. The effect of a diabetes-specific cognitive behavioral treatment program (DIAMOS) for patients with diabetes and subclinical depression: results of a randomized controlled trial. Diabetes Care 2015; 38: 551–560

(4) Schmitt A, Reimer A, Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Reduction of depressive symptoms improved glycaemic control: secondary results from the DIAMOS study. *J. Diabetes Complications* 2017; Aug 9. pii: S1056-8727(17)30538-X. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2017.08.004

(5) Herder C, Schmitt A, Budden F, Reimer A, Kulzer B, Roden M, Haak T, Hermanns N. Association between pro- and anti-inflammatory cytokines and depressive symptoms in patients with diabetes – potential differences by diabetes type and depression scores. *Transl Psychiatry* 2017; (in press)

(6) Kulzer B, Lüthgens B, Landgraf R, et al. Diabetesbezogene Belastungen, Wohlbefinden und Einstellung von Menschen mit Diabetes. Deutsche Ergebnisse der DAWN2™-Studie. *Diabetologie* 2015; 11(3): 211–218

(7) Kulzer B, Albus C, Herpertz S, Kruse J, Lange K, Lederbogen F, Petrak F. Psychosoziales und Diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2013; 8(3): 198–242; 8(4): 292–324 <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien.html>

Wohin wende ich mich als depressiver Diabetepatient?

Dr. Andrea Benecke, Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin der Ausbildungsambulanz für Psychologische Psychotherapie an der Universität Mainz und im Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch von mir noch einmal vielen Dank für Ihr Interesse am Thema. Professor Kulzer hat Ihnen erläutert, wie häufig wir es sowohl mit einer Diabetes-Erkrankung als auch einer Depression zu tun haben und warum es so wichtig ist, beide Erkrankungen zu erkennen und zu behandeln. Ich möchte Ihnen dies an zwei Beispielen veranschaulichen.

Eines Tages kam eine Patientin, 33 Jahre alt, in unsere Mainzer Ambulanz und berichtete, dass sie seit Langem an depressiven Stimmungen leide. Bei genauerem Nachfragen stellte sich heraus, dass Sie mit „seit Langem“ „seit über 20 Jahren“ meinte. Solche lang andauernden depressiven Stimmungen sind gar nicht so selten, werden aber von den Patienten oft übergangen. Sie erleben sich noch nicht als ausreichend krank, um Hilfe und Beratung zu suchen. Sie kommen deshalb häufig viel zu spät und erst, wenn die depressive Grundstimmung in schwere depressive Krankheitsphasen umschlägt, was bei ihr im Jahr 2015 der Fall gewesen war. Sie konnte ihren Alltag nicht mehr bewältigen, war monatelang krankgeschrieben und hatte eine stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf hinter sich.

Die Patientin berichtete, sie lebe getrennt und habe zwei Kinder zu versorgen. Sie habe in ihrem Alltag keinen anderen Menschen, der selbstverständlich für sie da ist und mit dem sie sich spontan über ihre Erlebnisse austauschen könne, ohne ihn erst anrufen oder sich mit ihm verabreden zu müssen. Hier wird für mich als Psychotherapeutin klar: Die Patientin hat wenige Ressourcen bei starken Belastungsfaktoren, die sie psychisch vulnerabel machen. Auch ein solcher Mangel an Ressourcen ist häufig ein Grund, warum ein Mensch psychisch erkrankt. Und eine Psychotherapie beginnt dann häufig genau damit: dass die Psychotherapeutin den Patienten stützt und stärkt. Nicht selten ist dies die Voraussetzung dafür, dass mit den anstrengenderen Phasen einer Psychotherapie überhaupt begonnen werden kann.

Die Patientin war mit Anfang 20 an Diabetes erkrankt. Seit vielen Jahren war der Blutzucker aber schlecht eingestellt. Die Blutzuckerwerte waren durchgehend zu hoch. Insbesondere in ausgeprägteren depressiven Phasen war die Patientin nicht mehr in der Lage, ihren Blutzuckerwert ausreichend häufig zu messen und sich danach die notwendige Menge Insulin zu spritzen. Mit Folgen, die bereits absehbar waren: der

ständig erhöhte Blutzucker begann bereits Nerven und Netzhaut zu schädigen. Die Patientin war mit diesen Diagnosen aber restlos überfordert, sie dachte bloß noch: „Jetzt werde ich auch noch blind und ende im Rollstuhl.“

Bei weiteren Nachfragen stellte sich schließlich heraus, dass die Patientin in Kindheit und Jugend über Jahre sexuell missbraucht worden war. Erst in der Psychotherapie war die Patientin in der Lage zu erkennen, wie sehr dieser Missbrauch ihr Erleben bis heute prägte. Die Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein von damals waren auch die vorherrschenden Gefühle, die sie in ihren schwer depressiven Phasen hatte. Schon mit der Verarbeitung des Traumas verringerten sich die depressiven Stimmungen, der Patientin ging es deutlich besser. Die Depression war jedoch damit nicht vollständig behandelt. Immer wieder gab es noch aus heiterem Himmel gravierende Stimmungseinbrüche, mit denen die Patientin umzugehen lernte. Wir Psychotherapeuten überlegen an dieser Stelle zunächst: Kann die Patientin akzeptieren und damit leben, dass solche letzten Reste der Depressionserkrankung bleiben? Kann die Patientin dies, kann ein solcher Punkt durchaus das Ende einer Psychotherapie sein.

In diesem Fall war es nicht der Schlusspunkt. Die Patientin wollte nicht mit den gravierenden Stimmungseinbrüchen leben, weil die Depression immer noch die Diabetes-Behandlung gefährdete. Die Patientin war noch nicht ausreichend in der Lage, verlässlich ihren Blutzucker zu messen und sich die notwendige Menge Insulin zu spritzen. Depressive Gedanken störten weiterhin dieses Selbstmanagement. Sie verfiel in Gedanken, wie: „Ich kann den Diabetes nicht mehr ertragen.“, „Ich tue mein Bestes, aber es reicht nicht“, „Ich will meine Ruhe haben und keinen Diabetes.“

Die Patientin war immer noch in einem Teufelskreis gefangen: Negative Gedanken führten zu einem unzuverlässigen Diabetes-Selbstmanagement und zu einer schlechteren körperlichen Verfassung und dies wieder zu der grundlegenden Bestätigung „Hat doch alles keinen Zweck!“. Dabei spielte auch eine Rolle, dass das ständig fein abgestimmte hormonelle Gleichgewicht des Körpers eines gesunden Menschen nicht wirklich nachgeahmt werden kann. Jeder Mensch mit Diabetes hat immer wieder mal unerklärlich hohe Blutzuckerwerte. Bei dieser Patientin taten sich deshalb aber immer wieder ihre depressiven Abgründe auf. Die unerklärlichen Blutzuckerwerte lösten bei ihr die Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein aus, die sie in ihrer Kindheit durch den sexuellen Missbrauch so intensiv erlebt hatte. Die Psychotherapeutin musste der Patientin noch dabei helfen, die Gefühle als ihre kindlichen Gefühle zu erkennen, die ihr bis heute bei ihrer Diabetes-Behandlung im Wege stehen.

Unter anderem mit dem Suchen und Finden dieses Zusammenhangs ließ sich schließlich die Behandlung erfolgreich beenden. Die Therapie dauerte insgesamt 45 Stunden, die Patientin hatte am Ende fast keine depressiven Symptome mehr. Ihr Blutzucker war stabil und nicht mehr gesundheitsgefährdend. Der HbA1c-Wert betrug 7,5 Prozent.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im geschilderten Fall war die Patientin bereits depressiv erkrankt, als sie auch noch an einem Diabetes erkrankte. Nicht selten ist es genau umgekehrt: Die Diabetes-Erkrankung überfordert den Patienten und löst eine Depression aus. So war es bei einem 46-jährigen Patienten, der zu uns in die Ambulanz kam. Sein Leben war schon seit 18 Jahren durch das beständige Kümmern um die Blutzuckerwerte geprägt. Seit zwei Jahren war dabei die Grenze seiner psychischen Belastbarkeit erreicht. Seit zwei Jahren war der Patient ungewöhnlich schnell erschöpft, niedergeschlagen und fühlte sich hilflos. Sein Arzt hatte von ihm gefordert, zehn Kilo abzunehmen, damit sein Blutzucker besser eingestellt werden könne. Abzunehmen hatte er bereits mehrmals erfolglos versucht, startete aber aufgrund des ärztlichen Rates einen erneuten Versuch. Auch diesmal scheiterte er „grandios“, wie er sagte. Danach wog er sogar mehr als zuvor.

In der Psychotherapie wurde klar: Der Versuch abzunehmen und das Scheitern an dieser Aufgabe waren die Auslöser der Depression gewesen. Von da an fielen dem Patienten viele Dinge, die er früher mit links gemacht hatte, unendlich schwer: zur Arbeit gehen, Blutzucker protokollieren und abends für die Familie da sein – all dies war jetzt schnell zu viel. Statt die Aufgaben anzupacken, verfiel er ins Grübeln und stellte viele Dinge in seinem Leben infrage.

Die Depression entstand, weil die geringen Fortschritte in der Diabetes-Behandlung den Patienten irgendwann daran zweifeln ließen, dass er überhaupt noch etwas hinkriegt. Außerdem machte er sich selbst für den Diabetes verantwortlich. Er dachte: „Weil ich übergewichtig bin, bin ich an meinem Diabetes selbst schuld.“ Ein wichtiger Punkt in der Depressionsbehandlung war es, den Patienten gerade beim Abnehmen zu Erfolgserlebnissen zu verhelfen. Zeitraubende Spaziergänge waren kaum in seinen Alltag einzubauen gewesen. Was aber half, war ein Schrittzähler, der dazu führte, dass er viel mehr kleine Wege machte als zuvor. In vielen kleinen Experimenten konnte er herausfinden, wie gut sich sein Blutzucker durch mehr Bewegung verringern ließ. Er hatte immer mehr Erfolgserlebnisse und lernte, wieder an sich zu glauben, und er stellte seine Ernährung langfristig und verträglich so um, dass auch keine Diät mehr wie zuvor notwendig war. Am Ende der Psychotherapie hatte er sein Gewicht um sieben Kilogramm

verringert. Sein Selbstmanagement des Diabetes war verlässlich. Der HbA1c-Wert lag stabil bei 7,2 Prozent.

Mit dieser speziellen Behandlung, die sowohl den Diabetes wie auch die komorbide psychische Erkrankung in den Blick nimmt und die zum Beispiel in der Mainzer Ambulanz durchgeführt wird, können nachweislich die psychische Belastung durch den Diabetes und die Langzeitblutzuckerwerte gleichermaßen deutlich verringert werden.

Für Diabetes-Patienten heißt dies: Bei einer Diabetes-Behandlung kommen depressive Stimmungen oft vor und sind verständlich, sie sind aber auch ein Alarmsignal. Ein Mensch mit Diabetes sollte sich bei wiederkehrenden oder länger andauernden Phasen der Niedergeschlagenheit bei einem Psychotherapeuten beraten lassen. Diese Beratung erhält der Patient in der psychotherapeutischen Sprechstunde, die es seit dem 1. April dieses Jahres gibt. Dort erfährt er kurzfristig, ob er depressiv erkrankt ist oder nicht – oder was er tun kann, damit aus seinen depressiven Stimmungen keine Erkrankung wird.

Falls er erkrankt ist, kann eine Depression grundsätzlich von jedem zugelassenen Psychotherapeuten behandelt werden. Nicht jeder depressiv erkrankte Diabetespatient benötigt gleich einen Spezialisten. Bleibt der Blutzuckerwert jedoch auch trotz Psychotherapie instabil oder zu hoch, kann sich der Patient künftig auch an einen Psychotherapeuten mit Spezialkenntnissen in der Diabetesbehandlung wenden. Die Psychotherapeuten haben dafür jetzt eine spezielle Weiterbildung geschaffen. Diese Psychotherapeuten haben, wie jeder Psychotherapeut, umfangreiche Kenntnisse in der Behandlung von depressiv kranken Menschen, kennen sich aber zusätzlich sehr gut mit der Diabeteserkrankung und deren medizinischer Therapie aus. Solche Psychotherapeuten sind bisher eher selten, anerkannt wurden sie bisher nur in Rheinland-Pfalz, das bei dieser Entwicklung Vorreiter war. Die Weiterbildung, die dort entwickelt wurde, wird aber jetzt Schritt für Schritt auch in anderen Bundesländern umgesetzt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe Ihnen hoffentlich erläutern können, warum zu einer erfolgreichen Diabetes-Behandlung oft die Psychotherapie einer Depression gehört. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2017

Warum Weiterbildung in der Betreuung von Diabetespatienten so wichtig ist

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

Diabetes ist eine „Volkskrankheit“, die in Deutschland mehr als 6,5 Millionen Menschen betrifft, 500.000 Neuerkrankte kommen jährlich hinzu. Als chronische Stoffwechselkrankheit ist Diabetes nicht heilbar, er kann jedoch gut behandelt werden. Hier spielen interdisziplinäre Behandlungsteams eine entscheidende Rolle, um dem Patienten und seinem persönlichen Umfeld eine stabile Stoffwechsellage und eine individualisierte Therapie zukommen zu lassen, die der Lebenssituation gerecht werden. In diesem Behandlungs-Setting haben Ärzte, Diabetesberater, Psychologen und speziell ausgebildete Pflegekräfte, die sich gemeinsam um den Patienten kümmern, einen festen und wichtigen Platz. Es geht hierbei darum, dem Patienten und seinem in die Behandlung einbezogenen Umfeld nicht nur das Wissen und die praktischen Fähigkeiten zur therapiezielgerechten Stoffwechselkontrolle zu vermitteln. Es geht auch um die kontinuierliche Motivation des Patienten, der lebenslang eine Therapie im Alltag umsetzen muss. Die Therapieziele müssen realistisch und umsetzbar sein, daher gilt es auch, Grenzen und Barrieren einer Behandlung früh zu identifizieren und die Therapie gegebenenfalls anzupassen. Patienten, die die Therapie nicht selbst durchführen können, brauchen in der Therapieumsetzung geschulte Pflegekräfte oder Angehörige.

Die DDG begrüßt es sehr, dass die diabetesspezifische Qualifikation für Psychologen jetzt im Schulterschluss mit der Bundespsychotherapeutenkammer noch besser verankert und etabliert ist, um die Patientenversorgung zu verbessern. Dies hilft, die langfristige bessere Stoffwechselkontrolle bei Patienten zu verbessern, den Patienten häufig zu entlasten und somit auch Komplikationen des Diabetes zu vermeiden. Die DDG begrüßt außerdem, dass die Bundesärztekammer den wichtigen Schritt gegangen ist und eine bundesweite Anerkennung des Berufs des Diabetesberaters umgesetzt hat.

Eine neuere Studie zeigt, dass fast jeder vierte Patient einer Klinik der Maximalversorgung an Diabetes Typ 2 leidet. Diabetes verlängert den Klinikaufenthalt oft und führt zu vermehrten Komplikationen, besonders, wenn der Diabetes vor dem Klinikaufenthalt nicht bekannt oder schlecht eingestellt war. Daher sollte jeder Diabetes von Beginn der stationären Aufnahme an von einem spezialisierten Diabetes-Team mitbehandelt werden. Dies erspart unnötige Komplikationen und damit auch Kosten. Die DDG bietet das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ an. Das Zertifikat soll sicherstellen, dass Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes in den entsprechenden Abteilungen bei jedem Krankheitsfall kompetent behandelt werden. Spezialkenntnisse aus der Diabetologie sind in Kliniken immer stärker gefragt. Grund: Jährlich lassen sich

etwa zwei Millionen Menschen wegen anderer Krankheiten im Krankenhaus behandeln, die aber auch an einem Diabetes leiden – viele von ihnen, ohne davon zu wissen. So müssen Ärzte und Pflegepersonal etwa diabetesbedingte Folgeerkrankungen, wie Nierenschwäche und Nervenerkrankungen, im Blick behalten, einen zeitweiligen Verzicht auf Nahrung vor einem Eingriff einplanen oder untypische Symptome, beispielsweise bei einer Herzerkrankung, kennen.

Nicht nur in Kliniken, auch in Altenheimen oder in der ambulanten Pflege steigt die Zahl der Patienten mit Diabetes. Häufig fehlen Pflegekräfte mit spezifischen Diabeteskenntnissen. Um die Kompetenz im Umgang mit der Stoffwechselerkrankung zu stärken, bietet die DDG Kompaktkurse „Basisqualifikation Diabetes-Pflege“ an. Die Fortbildung umfasst sechzehn Stunden und vermittelt zielgerichtet Wissen über Therapie, Folgen und Begleiterscheinungen des Diabetes – speziell auch vor dem Hintergrund der Altenpflege. Mit Themen rund um die Pflege älterer Patienten beschäftigt sich die AG Geriatrie und Pflege der DDG.

Mit der rasant steigenden Zahl von Diabetespatienten kommen auf das Pflegepersonal in deutschen Kliniken und Altenheimen (hier sind in Deutschland circa 500.000 Senioren von Diabetes betroffen) neue Herausforderungen zu. Um das Personal zu rüsten, bietet die DDG zwei neue Weiterbildungen an – für Pflegefachkräfte in Kliniken (Kurzzeitpflege) und für die Langzeitpflege in Altenheimen und ambulanten Pflegediensten.

Abhilfe schaffen will die Weiterbildung zur Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik), die sich an examinierte Pflegekräfte in Kliniken und Reha-Einrichtungen wendet. Diese Zusatzqualifikation zielt darauf ab, die verschiedenen Lücken im stationären Prozess, in der Pflegeüberleitung und im Entlassungsmanagement zu schließen, die bei der Behandlung von Diabetespatienten entstehen können.

In der ärztlichen Weiterbildung hat die DDG für die neue Musterweiterbildungsordnung, über die der Ärztetag im nächsten Jahr entscheidet, einen Entwurf zur Zusatzqualifikation Diabetologie eingereicht, die von Internisten, Allgemeinmedizinern, Pädiatern und Endokrinologen erreicht werden kann.

Die DDG setzt sich so mit verschiedenen Berufsgruppen dafür ein, die Versorgung von Diabetespatienten zu verbessern und die interdisziplinäre „sprechende Medizin“ zu stärken.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2017

Diabetes Tsunami und Pflegenotstand – sind wir vorbereitet?“

Situation:

Derzeit gibt es 2,9 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland. Davon werden 1,4 Millionen durch Angehörige, 0,7 Millionen durch ambulante Pflegedienste und 0,8 Millionen vollstationär versorgt. (Pflegestatistik2015, Statistisches Bundesamt 2017)

Eckdaten der Pflegestatistik 2015

Pflegebedürftige 2015 nach Versorgungsart



¹ Einschl. teilstationärer Pflegeheime.

- Etwa **500.000 Pflegebedürftige**, die nicht von Angehörigen versorgt werden, sind von Diabetes betroffen (**bei Annahme der mittleren Diabetesprävalenz von knapp 30%**).
- Bereits jetzt Pflegenotstand (**Gesamtbedarf für die nächsten 10 Jahre: 230.000 Vollzeitpflegekräfte**).
- Pflegenden werden in der Grundausbildung nachweislich nicht ausreichend auf diese pflegerischen Aufgaben bei der Begleitung von Menschen mit Diabetes mellitus vorbereitet. Dabei wird das Thema Diabetes mellitus in der Ausbildung ganz unterschiedlich vertieft (innerhalb der dreijährigen Ausbildung z.B. NRW sind curricular ca. 30 Stunden zum chronisch erkrankten Menschen, einschließlich Thema Diabetes mellitus vorgesehen)*.

- Pflegebedürftige mit Diabetes leiden durch die Folgeerkrankungen wesentlich häufiger an Multimorbidität und haben damit insgesamt ein höheres Pflegerisiko, als Menschen ohne Diabetes.
- Pflegekräfte sind häufig mit der komplexen Erkrankung Diabetes mellitus und neuen therapeutischen Möglichkeiten überfordert.
- Die Multimorbidität fordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit und spezifische Qualifikationsanforderungen.
- Altersbedingte Veränderungen, die u.a. zu physischen und kognitiven Einschränkungen beitragen, werden durch Diabetes noch zusätzlich ungünstig beeinflusst.
- Insbesondere Pflegedienste und Pflege-bzw. Altenheime müssen auf die sich ändernden Rahmenbedingungen bei der Versorgung von Menschen mit Diabetes reagieren. Menschen mit Typ 1 Diabetes mellitus im Alter stellen neue Herausforderungen dar.
- Gleichzeitig Ärztemangel und Nachwuchsproblem im Bereich der Diabetologie
- Mangelndes Fachwissen von Pflegenden mindert nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Codierungsqualität.

Weiterbildungen der DDG im Überblick



Forderung:

- Aufnahme der Weiterbildungsqualifikation Diabetes & Pflege in die Qualitätsindikatoren für ambulante und stationäre Pflege des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Berlin, 17.10.2017

Was die Politik in den nächsten vier Jahren im Kampf gegen Diabetes tun sollte

Politische Forderungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Künftige gesundheits- und wissenschaftspolitische Entscheidungen, die Einfluss auf die Zukunft von Patienten, Ärzten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen haben, machen eine aktive Einbindung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und anderer Fachgesellschaften unverzichtbar.

Konkret fordert die DDG

- Strukturierte Einbindung der Fachgesellschaft bei gesundheits- und wissenschaftspolitischen Gestaltungsprozessen
- Stärkung der Forschung und Versorgung im Bereich Diabetologie
- Mitgestaltung der digitalen Transformation durch die DDG
- den Nationalen Diabetesplan

Strukturierte Einbindung der Fachgesellschaft bei gesundheits- und wissenschaftspolitischen Gestaltungsprozessen

Hintergrund:

Die DDG sieht es als ihre Verantwortung an, relevante Erkenntnisse aus und für die Patientenversorgung regelmäßig in den politischen Prozess einzubringen. Der Gesetzgeber und die Organe der Selbstverwaltung haben wissenschaftliche Fachgesellschaften bislang jedoch nicht legitimiert, Fragen der öffentlichen Gesundheit aktiv mitzugestalten. Alle Verfahren der Selbstverwaltung mit Gesetzesprägendem Charakter werden z.B. ohne strukturierte Einbindung wissenschaftlicher Fachgesellschaften vollzogen. Dasselbe gilt für die Millionen von Betroffenen bzw. Patienten, die hierbei keine „Stimme“ haben!

Diabetes erforschen und verhindern, behandeln und heilen.

Vorstand 2017/2018:

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland (Präsident), Prof. Dr. Baptist Gallwitz (Past Präsident), Prof. Dr. Monika Kellerer (Vizepräsidentin), Dr. Matthias Kaltheuner, Prof. Dr. Ralf Lobmann, Prof. Dr. Andreas Neu (Schatzmeister), Dr. Hans-Martin Reuter, Prof. Dr. Michael Roden (Tagungspräsident 2019), Prof. Dr. Annette Schürmann, Prof. Dr. Jochen Seufert (Tagungspräsident 2018)

Geschäftsführerin: Barbara Bitzer

Vereinsregister: AG Berlin Charlottenburg VR 30808 B, Finanzamt: Berlin für Körperschaften I St.-Nr.: 27/640/59125

Forderungen:

- Die DDG fordert von der Politik als Gesetzgeber eine juristisch festgelegte und damit regelhafte Einbindung medizinischer Fachgesellschaften, wenn es darum geht, den „medizinischen Standard“ nach SGB V festzulegen. Patienten-relevante Endpunkte sind bei der Evaluierung von Medizinprodukten, Arzneimitteln und gesundheitspolitischen Prozessen wissenschaftlich begründet und methodisch festgelegt zu berücksichtigen.
- Um die Interessen der Patienten besser wahrnehmen zu können, muss die Patienten-Selbsthilfe ein juristisch zugesichertes Stimmrecht in den Organen der Selbstverwaltung bekommen; hierfür machen wir uns gemeinsam mit diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe stark!

Stärkung der Forschung und Versorgung im Bereich Diabetologie

Hintergrund:

Die Lebenszeit von Patienten mit Diabetes ist häufig um viele Jahre verkürzt. Daher ist es das Ziel einer optimalen Versorgung, die Lebenserwartung und Lebensqualität der Menschen mit Diabetes zu normalisieren. Hierzu muss die translationale Forschung, der zügige Transfer von wissenschaftlicher Erkenntnis in die Patientenversorgung, gestärkt, sowie Lehre und klinische Ausbildung in der Diabetologie an universitären und außer-universitären Einrichtungen ausgebaut werden. Die zunehmende Ökonomisierung in Klinik und Praxis führt dazu, dass schlecht vergütete medizinische Maßnahmen wie das unverzichtbare Gespräch mit dem Patienten, die „Sprechende Medizin“, ins Hintertreffen geraten. In der Folge sind bereits verschiedene klinische Lehrstühle für Diabetologie dem Rotstift zum Opfer gefallen, ebenso wie große diabetologisch/endokrinologisch geführte medizinische Abteilungen in Kliniken. Dies gefährdet bereits jetzt die Ausbildung des klinischen Nachwuchses und die Förderung von Clinical Scientists und Medical Scientists, die für die wissenschaftliche Zukunft der Diabetologie und eine bessere Patientenversorgung unverzichtbar sind. Diese Entwicklung gefährdet die Versorgungsqualität der heute bereits 6,7 Millionen Bürger, die von Diabetes betroffen sind. Um die Versorgung dieser und künftiger Patienten qualitativ zu verbessern, muss sowohl die Grundlagen- sowie die klinische Forschung, gefördert, Register und vernetzte Auswertung vorhandener Daten (z.B. DMPs) initiiert und politisch geregelt werden.

Forderungen:

- Fortführung und erweiterte Förderung des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD), verbunden mit der Forderung des Bundes an die Länder, klinische Lehrstühle für Diabetologie auf- und auszubauen
- stärkere Verankerung der Diabetologie im Medizinstudium
- Sicherung eigenständiger diabetologischer Fachabteilungen in den Kliniken
- Anerkennung der Qualifikation „Zusatzweiterbildung Diabetologie“ auf Facharzt-äquivalentem Niveau (Definition durch DDG zusammen mit DGE und DGIM) durch die Bundesärztekammer via Landesärztekammern

- Staatliche Anerkennung DDG-qualifizierter Diabetes-spezifischer Weiterbildungen nicht-ärztlicher Berufsgruppen
- Adäquate Vergütung der „Sprechenden Medizin“ im ambulanten und stationären Sektor
- Bundesweite Zusammenführung von Patientendaten in Registern, insbesondere die vernetzte Evaluation von DMP-Krankenkassen- und KV-Daten, mit der Möglichkeit für die Wissenschaft, auf diese Daten zuzugreifen
- Strukturierte Stärkung und Förderung klinischer Studien

Dies alles dient dem Ziel, die Patientenversorgung wissenschaftlich basiert weiterzuentwickeln.

Mitgestaltung der digitalen Transformation durch die DDG

Hintergrund:

Die DDG sieht in der Digitalisierung die große Chance für interdisziplinäre und sektorenübergreifende Vernetzung und flächendeckende medizinische Versorgung auf höchstem Niveau.

Forderungen:

- flächendeckender Netzausbau (mit Gigabit-Netzkapazitäten!) und zügige Umsetzung des E-Health-Gesetzes
- Datenschutz und Datensicherheit unter Berücksichtigung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Patienten bei gleichzeitiger Abwägung mit den Belangen von Versorgung und Forschung (Big Data)
- technische und inhaltliche Konnektivität und Interoperabilität aller Systeme
- Transparenz, Qualitätskontrolle und Vigilanzprüfung verwendeter Medizinprodukte und Algorithmen
- Unterstützung und Verbreitung des „Code of Conduct Digital Health“ der DDG (s. www.ddg.info)

Nationaler Diabetesplan

Hintergrund:

Alle Anstrengungen der Vergangenheit, den rapiden Anstieg nichtübertragbarer Krankheiten wie z.B. Diabetes zu stoppen, haben sich leider als unwirksam erwiesen. Adipositas und Diabetes schreiten mit dramatischen Folgen für den Einzelnen und die Gesamtgesellschaft weiter voran. Besonders sozial schwache und bildungsferne Schichten sind betroffen.

Forderungen:

- Um dieses Problem nachhaltig und sozial gerecht zu lösen, bedarf es eines Wandels von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention.
- Eine Mehrwertsteuerbefreiung für gesunde Lebensmittel bei gleichzeitiger Anhebung des Mehrwertsteuersatzes für ungesunde Lebensmittel ist notwendig, um breiten Bevölkerungsschichten den Zugang zu diesen Nahrungsmitteln zu erleichtern.

Die politischen Forderungen der DDG betreffen viele verschiedene Ministerien und föderale Strukturen. Das führt häufig zu Kommunikationsbarrieren, die eine Verbesserung der Situation behindern.

Daher fordert die DDG einen

Bundesbeauftragten für Diabetes und Adipositas und Prävention!



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Präsident



Barbara Bitzer
Geschäftsführerin

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und
Psychologie der DDG; Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim;
Leiter des Forschungsinstitutes der Diabetes-Akademie Bad
Mergentheim (FIDAM); Universität Bamberg



*1958

Studium:

1979–1986 Studium im Fach „Psychologie“ an der Julius-Maximilians-Universität
Würzburg

Beruflicher Werdegang:

- Seit 1986 Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim, Fachkrankenhaus für
Problemdiabetiker, Leiter der psychologischen Abteilung
- Seit 1988 Gründungsmitglied und Mitarbeiter am Forschungsinstitut der Diabetes-
Akademie Bad Mergentheim (FIDAM)
- Seit 1999 Pädagogischer Leiter der Ausbildung zum/r Diabetesberater/in (Deutsche
Diabetes Gesellschaft), Diabetes-Akademie Mergentheim
- 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut
- 1999 Fachkundenachweis und Eintrag in das Arztregister der Kassenärztlichen
Vereinigung Baden-Württemberg als „Psychologischer Psychotherapeut“
und „Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut“
- 1999 „Fachpsychologe Diabetes“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- 2001/2002 Anerkennung als Supervisor und Ermächtigung als Ambulanzleiter der CIP
Bamberg durch die KV Oberfranken
- 2002/2005 Anerkennung als Supervisor der Arbeitsgemeinschaft für
Verhaltensmodifikation (AVM), Würzburg, und der Magdeburger Akademie
für praxisorientierte Psychologie (Ausbildung „Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeut“)
- 2004 Promotion im Fach „Psychologie“ an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg
- 2005 Anerkennung als „Psychodiabetologe“ durch die
Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und Anerkennung als

	Supervisor, Gutachter und Mitglied der Prüfungskommission der Weiterbildung zum „Psychodiabetologen“
2006	Anerkennung als Supervisor durch die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Seit 2007	Geschäftsführer des Forschungsinstitutes der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM GmbH)
2009	Habilitation im Fach „Psychologie“ an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Seit 2012	Lehrauftrag an der Universität Salzburg
2015	Ernennung zum außerordentlichen Professor an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Lehrstuhl für klinische Psychologie

Sonstige Tätigkeiten:

- Sprecher der AG „Diabetes und Psychologie“ (DDG)
- Vorsitzender des Vereins „Diabetes und Psychologie e.V.“
- Invitational Member of the International Research Group of behavioral Aspects of Diabetes (BRIDGE)
- Member of the „Psychosocial Aspects of Diabetes Study Group“, EASD
- Mitglied des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft „Prävention“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Mitglied des Ausschusses „Qualität, Schulung und Weiterbildung“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG (QSW) und der Kommission „Einbindung der Apotheker in die Diabetikerversorgung“ (DDG)
- Sprecher der Leitliniengruppe „Diabetes und Psychosoziales“
- Mitglied der NVL-Leitlinie „Diabetes: strukturierte Schulungsprogramme“ und der Leitliniengruppen „Diabetes und Fahrtauglichkeit“, „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter“
- Beratendes Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberger Diabetologen (ADBW)
- Mitglied des Prüfungsausschusses zum „Psychodiabetologen“, Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz
- Wissenschaftlicher Beirat des Zentrums für Patientenschulung am Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg
- Mitglied des „Ressorts Prävention und Versorgung“ diabetesDE
- Mitglied des Vorstands von „Insulinja e.V.“
- Mitglied des Fachbeirates „Diabetes Baden-Württemberg“ am Sozialministerium Baden-Württemberg

*Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
„Wenn es dunkel wird – warum Depressionen bei Diabetes ein massives Problem darstellen“
Donnerstag, 30. November 2017, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz*

- Stellvertretender Sprecher des Fachbeirats der Nationalen Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie Diabetes mellitus der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Mitgliedschaften:

- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- American Diabetes Association (ADA)
- Verein „Diabetes und Psychologie“
- Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmedizin und -modifikation (AVM)
- Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)

Curriculum Vitae

Dr. phil. Andrea Benecke
Psychologische Psychotherapeutin,
Leiterin der Ausbildungsambulanz für Psychologische
Psychotherapie an der Universität Mainz,
Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer



Studium der Psychologie an der TU Berlin

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapeutin,
Psychodiabetologin, Hypnose

Supervisorin für Verhaltenstherapie und Psychodiabetologie

Weiterbildungsbefugte der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz für
Verhaltenstherapie und Psychodiabetologie

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Evaluation der Effekte in der stationären
Rehabilitation bei Diabetes mellitus“ im Klinikum der BfA Bad Kissingen – Saale-Klinik

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychotherapie und Medizinische
Psychologie der Universität Würzburg (Planung und Durchführung von

Forschungsprojekten im Bereich Adipositas und Diabetes, Mitarbeit bei der strukturierten
Diabetesschulung der Universitätsklinik, Konsil- und Liaisondienste, insbesondere auf der
hämatookologischen Station der Unversitätsmedizin Würzburg)

Leiterin der Ausbildungsambulanz für Psychologische Psychotherapie an der Universität
Mainz

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz
Mediensprecher 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) |

*Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
„Wenn es dunkel wird – warum Depressionen bei Diabetes ein massives Problem darstellen“
Donnerstag, 30. November 2017, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz*

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 Inkretin-Hormone, Prädiabetes; Diabetesprävention bei Typ-II-Diabetes; Genotyp – Phänotyp-Charakterisierung des Typ-II-Diabetes, Therapie von Diabetes und Adipositas.

Bestellformular Fotos:

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

„Wenn es dunkel wird – warum Depressionen bei Diabetes ein massives Problem darstellen“

Termin: Donnerstag, 30. November 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:

- Professor Dr. Dipl.-Psych. Bernd Kulzer
- Dr. phil. Andrea Benecke
- Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Kontakt für Rückfragen:

Kerstin Ullrich
Pressestelle DDG
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-641
Fax: 0711 8931-167
ullrich@medizinkommunikation.org