

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

**Termin:** Dienstag, 27. Februar 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

**Anschrift:** Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

**„Diabetes – eine nationale Herausforderung:  
Patientenrealität erfassen & verstehen“**

**Themen und Referenten:**

**Lebensqualität: das bisher nicht erfasste Leid der Patienten**

*Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland*

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),

Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

**Neue Technologien in der Diabetesbehandlung – der Vater eines Kindes mit  
Diabetes berichtet**

Björn Andresen, Vater eines Kindes mit Diabetes

**Potential der Versorgungsforschung: warum Deutschland ein nationales  
Diabetesregister braucht**

*Professor Dr. med. Baptist Gallwitz*

Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),

Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen

**Forschung für den Menschen: Mit translationaler Forschung Erkenntnisse aus  
der Grundlagenforschung schneller in die Praxis übertragen**

*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

**Moderation:**

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DDG, Stuttgart

**Kontakt für Rückfragen:**

Friederike Gehlenborg

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-295

Fax: 0711 8931-167

gehlenborg@medizinkommunikation.org

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

**Termin:** Dienstag, 27. Februar 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

**Anschrift:** Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

**Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Redemanuskripte**

**Ausschreibung DDG-Medienpreise 2018**

**Zahlen und Fakten zu Diabetes mellitus und der Fachgesellschaft DDG**

**Lebensläufe der Referenten**

**Politische Forderungen der DDG**

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:*

*[gehlenborg@medizinkommunikation.org](mailto:gehlenborg@medizinkommunikation.org)*

**Kontakt für Rückfragen:**

Friederike Gehlenborg

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-295

Fax: 0711 8931-167

[gehlenborg@medizinkommunikation.org](mailto:gehlenborg@medizinkommunikation.org)



Deutsche Diabetes Gesellschaft

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

### **Patientenorientierte Versorgungsforschung**

### **6,7 Millionen Menschen mit Diabetes – DDG fordert ein nationales Diabetesregister**

**Berlin, 27. Februar 2018 – In Deutschland leiden Millionen von Menschen an Diabetes mellitus – und jedes Jahr kommen 500.000 Neuerkrankte hinzu. Etwa ein Fünftel aller Todesfälle hierzulande ist einer neuen Studie zufolge direkt auf diese chronische Erkrankung zurückzuführen. Vor dem Hintergrund dieser dramatischen Entwicklungen müssen die Versorgung und die medizinischen Strukturen dringend verbessert werden, erklären Experten der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Sie fordern deshalb einen Nationalen Diabetesplan, der auch ein Diabetesregister mit Patientendaten beinhalten sollte. Auf der heutigen Jahrespressekonferenz der DDG erläutern sie unter anderem, warum eine zentrale Erfassung von Patientendaten so wichtig ist und welche Rolle die Digitalisierung dabei spielt.**

„In Deutschland gibt es bisher lediglich bei Krebserkrankungen die gesetzliche Vorgabe, dass Krankheitsverläufe und deren Behandlung flächendeckend erfasst und zentral in einer Langzeitauswertung zusammengeführt werden müssen“, sagt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Past Präsident und Pressesprecher der DDG. „Wir benötigen solch ein zentrales Register mit Patientendaten jedoch auch dringend für Diabetes-Erkrankungen.“ Nur so könnten regionale Unterschiede in der Versorgung aufgezeigt werden. Außerdem schaffe eine breite Datenbasis die Grundlage dafür, validierte und detailliertere Erkenntnisse über die Langzeitwirkung von Therapien in der breiten Anwendung zu gewinnen. „Mithilfe eines Patientenregisters können wir beispielsweise auswerten, wie hilfreich Therapien mit bestimmten Medikamenten sind – und welche Wirkungen nicht medikamentöse Maßnahmen wie Patientenschulungen, die Stoffwechselführung und begleitende Lebensstiländerungen haben“, so Gallwitz. Auf Basis dieser

Erkenntnisse kann die Patientenversorgung gezielt verbessert werden. Ein solches Vorgehen würde letztlich auch das Gesundheitssystem entlasten.

Die DDG will den Aufbau eines nationalen Diabetesregisters tatkräftig unterstützen. Die Kommission „Versorgungsforschung und Register“ der Fachgesellschaft hat es sich deshalb zum Ziel gesetzt, entsprechende medizinische und wissenschaftliche Standards zu definieren. Die Experten haben auch die fortschreitende Digitalisierung im Blick und sehen darin eine Chance für eine verbesserte Versorgung. „Qualitativ hochwertige Diabetes-Apps, Wearables und digitale Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung können die herkömmliche Diagnostik und Therapie sinnvoll ergänzen und wichtige Patientendaten liefern“, meint Gallwitz. „Sie entlasten Mediziner und geben ihnen mehr Zeit für den direkten Austausch mit ihren Patienten.“ Wichtige Voraussetzungen im Umgang mit den digitalen Anwendungen sind unter anderem, dass Vorgaben zum Schutz der persönlichen Daten eingehalten werden, IT-Kenntnisse bei den Beteiligten ausreichend vorhanden sind und die Systeme untereinander sinnvoll und leicht kombinierbar sind.

Das nationale Diabetesregister soll – nach den Vorstellungen der DDG – ein zentraler Baustein in einem „Nationalen Diabetesplan“ zur Verbesserung der medizinischen Versorgung sein. Weitere zentrale Ansatzpunkte darin sind beispielsweise die Forderung nach einer adäquaten Mediziner- und -weiterbildung sowie nach einer flächendeckenden Patientenversorgung durch niedergelassene Allgemein- und Fachärzte. Zudem sieht der Plan den Einsatz moderner Medikamente und eine angemessene Behandlung und Pflege im Krankenhaus vor. In diesem Zusammenhang fordern die Experten auch, den Beruf des Diabetesberaters staatlich anzuerkennen. „Wenn die Politik jetzt aktiv wird und die vorgeschlagenen Maßnahmen umsetzt, kann das Sterberisiko von Diabetespatienten stark reduziert und deren Lebenserwartung und -qualität eindeutig verbessert werden“, resümiert Gallwitz.

Wie Erkenntnisse über die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes gewonnen werden können und welche Bedeutung die Grundlagenforschung für die Verbesserung der Behandlung hat, darüber informieren Experten ebenfalls auf der DDG-Jahrespressekonferenz.

Quellen:

1. Jacobs E, Hoyer A, Brinks R, Kuss O, Rathmann W: Burden of mortality attributable to diagnosed diabetes: a nationwide analysis based on claims data from 65 million people in Germany. Diabetes Care. 2017 Dec; 40(12):1703-1709.
2. Jacobs E, Rathmann W: Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. In: Kröger J, Müller-Wieland D (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018. Die Bestandsaufnahme. Kirchheim Verlag, Mainz. 2017; 9-22.
3. Müller-Wieland D, Ickrath M. Rahmenpapier für einen Code of Conduct Digital Health der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zur digitalen Transformation. August 2017.  
[https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Ueber\\_uns/Code\\_of\\_Conduct\\_der\\_DDG\\_Digital\\_Health\\_19092017.pdf](https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Ueber_uns/Code_of_Conduct_der_DDG_Digital_Health_19092017.pdf)

\*\*\*\*\*

### **Jetzt bewerben für die DDG-Medienpreise 2018!**

Die DDG schreibt in diesem Jahr **vier Medienpreise** aus, die mit insgesamt 6.000 Euro dotiert sind. Eingereicht werden können **Artikel** (Print und Online), **Fernseh- und Hörfunk-Beiträge** sowie **Websites, Blogs oder YouTube-Videos** (für die neue Kategorie „Online-Sonderpreis“), die zwischen dem 1. August 2017 und dem 31. Juli 2018 publiziert wurden. **Einsendeschluss** ist der **31. Juli 2018**. Weitere Informationen zur [Ausschreibung](#) auf der DDG-Webseite.

\*\*\*\*\*

### **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  
Friederike Gehlenborg  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167  
[gehlenborg@medizinkommunikation.org](mailto:gehlenborg@medizinkommunikation.org)

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Geschäftsstelle  
Katrin Bindeballe  
Albrechtstraße 9, 10117 Berlin  
Tel.: 030 3116937-24, Fax: 030 3116937-20  
[bindeballe@ddg.info](mailto:bindeballe@ddg.info)  
[www.ddg.info](http://www.ddg.info)



Deutsche Diabetes Gesellschaft

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

### **Der Patient im Fokus**

### **Wie digitale Technologien Menschen mit Diabetes helfen – und warum ihre Lebensqualität stärker erfasst werden sollte**

**Berlin, 27. Februar 2018 – Menschen mit Diabetes sind mit ihrer Therapie größtenteils auf sich alleine gestellt. Ob Apps, Wearables oder Instrumente zur Glukosemessung – viele Patienten nutzen zur Unterstützung mittlerweile digitale Systeme. Doch welche Vorteile bieten diese für die Betroffenen? Darüber informiert der Vater eines Jungen mit Typ-1-Diabetes auf der heutigen Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Nach Ansicht der DDG-Experten können digitale Technologien die Diagnostik und Therapie der Erkrankung stark verbessern. Sie fordern einen bewussten Umgang mit den Daten – und eine stärkere Berücksichtigung der Lebensqualität der Betroffenen.**

„Die Digitalisierung verändert die Diabetologie grundlegend – sowohl in der Forschung als auch in der Therapie“, sagt Professor Müller-Wieland, DDG-Präsident. „Wenn Patienten beispielsweise Apps nutzen, um ihre Blutzuckerwerte zu messen, kann das ihre Selbstbestimmung stärken und zugleich eine zeitliche Entlastung für Ärzte bedeuten.“ Wichtig dabei sei jedoch, dass Patienten selbst mitentscheiden könnten, wem sie ihre Daten zur Verfügung stellen – und zu welchem Zweck. Das Thema Datenschutz ist zentral für die DDG, deshalb ist es ein Punkt im „Code of Conduct Digital Health“, den die Fachgesellschaft entwickelt hat. Der Leitfaden begleitet den digitalen Wandel im Gesundheitswesen.

Für Björn Andresen, den Vater eines elfjährigen Jungen mit Typ-1-Diabetes, bedeuten die modernen Technologien eine große Erleichterung im Alltag. „Dank eines Sensors, den unser Sohn am Arm trägt, können wir seine Zuckerwerte rund um die Uhr kontrollieren – auch wenn wir über längere Zeit nicht anwesend sind.“ So konnte beispielsweise im vergangenen Sommer die Teilnahme seines Sohnes an einer Freizeit gut ermöglicht werden. Das moderne Glukosemessgerät ermittelt

besonders detaillierte Werte: Von dem digitalen Sensor aus werden diese nach einem Scan per Near Field Communication (NFC) auf eine Smartphone-App übertragen. Die App zeigt dann in Kurven und Diagrammen den genauen Zuckerverlauf des Patienten an. „Wir sehen sofort, wenn die Werte in einem ungünstigen Bereich liegen, und können schnell auf ungünstige Entwicklungen reagieren“, berichtet Andresen. Ein weiterer Vorteil: Die Messung ist im Gegensatz zu herkömmlichen Methoden nicht „blutig“, da der Sensor fortlaufend unter der Haut den Gewebezucker in der Zellflüssigkeit des Gewebes misst. Neben solchen Zuckerkontroll-Tagebüchern können weitere digitale Anwendungen für Menschen mit Diabetes hilfreich sein, wie beispielsweise Fitness-Tracker oder Apps, mit denen sich die Ernährung kontrollieren lässt.

Auf der Jahrespressekonferenz stehen nicht nur solche modernen Therapieanwendungen, sondern auch die Lebensqualität der Diabetespatienten im Mittelpunkt. „Die krankheitsbezogene Einschränkung der Lebensqualität ist sehr individuell und für den Betroffenen relevant“, so Professor Müller-Wieland. „Sie wird vor allem durch die persönlichen Ängste und Erwartungen getrieben.“ Solche individuellen Beeinträchtigungen würden bisher jedoch nur unzureichend erfasst. Um therapeutische Strategien – wie etwa die Wirkung neuer Medizinprodukte – zu beurteilen, sei das jedoch sehr relevant. „Die DDG will dazu beitragen, dass methodische Standards entwickelt werden, um die Lebensqualität von Patienten mit Diabetes stärker zu erfassen“, meint Müller-Wieland. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sehen hier einen dringenden Handlungsbedarf.

Weitere Informationen:

Rahmenpapier der DDG für einen „Code of Conduct Digital Health“ – siehe:

[https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Ueber\\_uns/Code\\_of\\_Conduct\\_der\\_DDG\\_Digital\\_Health\\_19092017.pdf](https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Ueber_uns/Code_of_Conduct_der_DDG_Digital_Health_19092017.pdf)

\*\*\*\*\*

### Jetzt bewerben für die DDG-Medienpreise 2018!

Die DDG schreibt in diesem Jahr **vier Medienpreise** aus, die mit insgesamt 6.000 Euro dotiert sind. Eingereicht werden können **Artikel** (Print und Online), **Fernseh- und Hörfunk-Beiträge** sowie **Websites, Blogs oder YouTube-Videos** (für die neue Kategorie „Online-Sonderpreis“), die zwischen dem 1. August 2017 und dem 31. Juli 2018 publiziert wurden. **Einsendeschluss** ist der **31. Juli 2018**. Weitere Informationen zur [Ausschreibung](#) auf der DDG-Webseite.

\*\*\*\*\*

**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  
Friederike Gehlenborg  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-295, Fax: 0711 8931-167  
[gehlenborg@medizinkommunikation.org](mailto:gehlenborg@medizinkommunikation.org)

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Geschäftsstelle  
Katrin Bindeballe  
Albrechtstraße 9, 10117 Berlin  
Tel.: 030 3116937-24, Fax: 030 3116937-20  
[bindeballe@ddg.info](mailto:bindeballe@ddg.info)  
[www.ddg.info](http://www.ddg.info)



## **REDEMANUSKRIFT**

### **Lebensqualität: das bisher nicht erfasste Leid der Patienten**

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

Die Lebenszeit von Patienten mit Diabetes mellitus ist in aller Regel verkürzt. So ist diese bei einem Patienten mit Typ-2-Diabetes, der zum Beispiel 60 Jahre alt ist, im Durchschnitt um sechs Jahre verkürzt, bei Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung sogar um zwölf Jahre. Die verfrühte Sterblichkeit ist circa zur Hälfte durch kardiovaskuläre Ursachen bedingt, die andere Hälfte sind Folgen weiterer Multimorbidität. So ist ein Ziel der Diabetestherapie und bisheriger Therapiestudien, die Komplikationen der Multimorbidität oder der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verhindern, wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Schlaganfall. Die Qualität des Lebens zu erhalten beziehungsweise das persönliche Leid der Patienten und damit ihre krankheitsbezogene Last zu reduzieren, wird in Studien völlig unzureichend erfasst.

Die krankheitsbezogene Einschränkung der Lebensqualität ist sehr individuell und für den betroffenen Patienten relevant. Sie wird vor allem auch durch den Patienten inklusive seiner persönlichen Erwartungen und Ängste getrieben. Für die Erfassung patienten-relevanter Endpunkte, die auch diese persönliche Beeinträchtigung sensitiv und krankheitsspezifisch beinhaltet, gibt es bisher leider nur unzureichende Methoden. Die krankheitsbezogene Gesundheitslast sollte aber berechtigterweise auch aus Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei der Evaluierung und Nutzenbewertung therapeutischer Strategien, zum Beispiel neuer Medikamente oder neuer Medizinprodukte, miteingefasst werden. Die DDG sieht sich hierbei auch in der Verantwortung, bei der Definierung und Evaluierung eines diesbezüglichen methodischen Standards aktiv mitzuwirken.

Der eine Betroffene hat vor allem Angst vor der unbemerkten Unterzuckerung, die andere fürchtet um ihren Führerschein, der alte Patient um seine soziale Unabhängigkeit und ein Schüler, dass er nicht alles mitmachen kann und immer an den Diabetes denken muss, und die Eltern vom Kleinkind fürchten sich vor der Lebensentwicklung ihres Kindes.

Die Lebensqualität und gute Therapie nicht nur von Patienten mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, sondern auch der vielfältigen anderen Diabetesformen (es sind allein mehr als zehn verschiedene MODY-Formen bekannt) werden in naher Zukunft durch Digitalisierung erleichtert und verbessert. Dies entwickelt sich nicht nur durch die neuen

technischen Möglichkeiten, sondern auch durch die bessere patientenrelevante Evaluierung großer Datensätze.

Hier liegt der Schlüssel in der patientenzentrierten Verbindung von Daten, Methoden und Studien- sowie Versorgungsergebnissen, die durch die klinisch relevante Vernetzung einen Mehrwert für die künftige Prävention, Differentialdiagnostik, Verlaufsbeurteilung und Therapie nicht nur der häufigen, sondern auch der seltenen Diabetesformen bringen wird.

Hier müssen die Weichen gestellt werden, nicht nur durch die Organe der Selbstverwaltung, sondern auch durch die Gesundheitspolitik einer neuen Regierung.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Februar 2018

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Potential der Versorgungsforschung: warum Deutschland ein nationales Diabetesregister braucht**

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

In Deutschland fehlt – mit Ausnahme des nationalen Krebsregisters – eine gesetzliche Vorgabe, bei chronischen Erkrankungen deren Verläufe und Behandlung flächendeckend zu erfassen und zentral einer Langzeitauswertung zukommen zu lassen. Diabetes mellitus betrifft in Deutschland circa 6,7 Millionen Menschen, jährlich kommen 500.000 Neuerkrankte hinzu und etwa ein Fünftel aller Todesfälle in Deutschland sind nach einer neueren Studie direkt auf den Diabetes zurückzuführen [1, 2]. Die direkten und indirekten Gesundheitskosten durch Diabetes belaufen sich auf 16,1 Milliarden Euro jährlich, wobei ein Großteil der Kosten für die Behandlung von diabetesbedingten Spätfolgen und Komplikationen aufgebracht werden muss [3, 4].

Seit 2001 sind in Deutschland Disease-Management-Programme (DMPs) implementiert. In diesen Programmen sind eine evidenzbasierte und leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie sowie Patientenschulung festgelegt. Im Jahr 2016 waren etwa 4,1 Millionen Patienten im DMP für Typ-2-Diabetes eingeschrieben, auch der Anteil der Patienten mit Typ-1-Diabetes im entsprechenden DMP liegt bei weit über 80 Prozent. An zentralen Versorgungsdaten stehen nur in beschränktem Maße Analysen aus den DMPs für Diabetes zur Verfügung [5, 6]. Vor allem aufgrund der föderalen Strukturen und der Organisation der Kostenträger sind flächendeckende, zentrale, regelmäßige und standardisierte Auswertungen der DMP-Daten (vergleichbar mit Register- und Versorgungsdaten zum Beispiel aus den skandinavischen Ländern oder Großbritannien) bislang nicht umgesetzt.

Die oben genannten Zahlen zeigen klar, dass aus medizinischer Sicht, aus Sicht der Versorgungsstrukturen und aus gesundheitspolitischen Gründen dringender Handlungsbedarf besteht und eine zentral gesteuerte und kontinuierliche Verbesserung der Datenanalyse mit dem Ziel einer zusammengeführten Analyse aller Diabetes-DMP-Daten wünschenswert und nötig ist. Nur so lassen sich regionale Unterschiede in der Versorgung aufzeigen. Es werden darüber hinaus wichtige zusätzliche Möglichkeiten geschaffen, viel validere und detaillierte Kenntnisse zur Therapiesicherheit mit Medikamenten sowie von nicht medikamentösen Maßnahmen (zum Beispiel Patientenschulung, Stoffwechselfbstkontrolle) unter realen Versorgungsbedingungen zu erlangen. Diese Erkenntnisse dienen letztendlich der besseren Versorgung der Patienten und helfen, das Gesundheitswesen besser und effizienter zu steuern. Gerade bei Diabetes

sind die kausalen Zusammenhänge zwischen Stoffwechsellage und Behandlung relativ eindeutig, klar und kalkulierbar. Aus den Stoffwechsellagen können somit wichtige Rückschlüsse gezogen werden.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) kann als Fachgesellschaft mit ihrer Kommission Versorgungsforschung und Register die medizinischen und wissenschaftlichen Standards und den Rahmen für eine klinisch und wissenschaftlich allen Ansprüchen genügende Auswertung definieren helfen. Die gerade in der Diabetesversorgung schnell fortschreitende Digitalisierung kann hier auch als Chance und weitere Hilfe verstanden werden, hier hat die DDG bezüglich der Weiterentwicklung der Digitalisierung und hinsichtlich des Umgangs mit medizinischen Daten in einem Positionspapier klar Stellung bezogen [7]. Die DDG arbeitet zusammen mit dem Robert-Koch-Institut (RKI) an der Einrichtung einer nationalen „Diabetes Surveillance“, für die die bessere Auswertung und Zusammenführung der DMP-Daten ebenfalls ein wichtiger Meilenstein ist. Im Konzept zu einem „Nationalen Diabetesplan“ ist die Schaffung und Etablierung eines möglichst guten Diabetesregisters, für das die DMP-Daten einen wesentlichen Baustein liefern, ein wichtiges Handlungsfeld. Die DDG setzt sich daher mit Nachdruck für eine Zusammenführung der Daten aus den DMPs Diabetes ein.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Februar 2018

#### Literatur / Quellen:

1. Jacobs E, Hoyer A, Brinks R, Kuss O, Rathmann W: Burden of mortality attributable to diagnosed diabetes: a nationwide analysis based on claims data from 65 million people in Germany. *Diabetes Care*. 2017; 40(12): 1703-1709.
2. Jacobs E, Rathmann W: Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. In: Kröger J, Müller-Wieland D (Hrsg.): *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018 – Die Bestandsaufnahme*. Kirchheim Verlag, Mainz. 2017; 9-22.
3. Jacobs E, Hoyer A, Brinks R, Icks A, Kuß O, Rathmann W. Healthcare costs of type 2 diabetes in Germany. *Diabet Med*. 2017; 34(6): 855-861.
4. Linnenkamp U, Andrich S, Icks A: Gesundheitsökonomische Aspekte des Diabetes mellitus. In: Kröger J, Müller-Wieland D (Hrsg.): *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018 – Die Bestandsaufnahme*. Kirchheim Verlag, Mainz. 2017; 210-219.
5. Kloos C, Müller N, Wolf G, Hartmann P, Lehmann T, Müller UA. Better HbA1c and blood pressure control in patients with diabetes mellitus treated at a primary health care level 10 years after initiation of a diabetes quality improvement program. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2011; 119(8): 459-62.
6. Seufert J, Bohn B: Diabetes-Register und Diabetes-Surveillance als Bausteine einer Nationalen Diabetes-Strategie. In: Kröger J, Müller-Wieland D (Hrsg.):

*Jahrespressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Dienstag, 27. Februar 2018, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin*

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018 – Die Bestandsaufnahme. Kirchheim Verlag, Mainz. 2017; 234-242.

7. Müller-Wieland D, Ickrath M: Rahmenpapier für einen Code of Conduct Digital Health der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zur digitalen Transformation. August 2017. [https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Ueber\\_uns/Code\\_of\\_Conduct\\_der\\_DDG\\_Digital\\_Health\\_19092017.pdf](https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Ueber_uns/Code_of_Conduct_der_DDG_Digital_Health_19092017.pdf) (Zugriff 29.12.17).

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Forschung für den Menschen: Mit translationaler Forschung Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung schneller in die Praxis übertragen**

*Professor Dr. Dr. h.c. rer. nat. Martin Hrabě de Angelis, Vorstand des Deutschen Zentrum für Diabetesforschung (DZD), Direktor des Instituts für Experimentelle Genetik am Helmholtz Zentrum München, Lehrstuhl für Experimentelle Genetik, Technische Universität München*

Für die Entwicklung neuer Präventionsansätze und Therapien ist Grundlagenforschung eine wichtige Voraussetzung. Personalisierte medizinische Strategien erfordern ein detailliertes Wissen über die Genetik und die Stoffwechselwege sowohl auf Ebene der Zelle als auch des gesamten Organismus. Eine wesentliche Aufgabe des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD) ist es, neue Erkenntnisse schneller und effizienter in wirksame Diagnose- und Behandlungsmethoden zu überführen und die Translations-„Lücken“ innerhalb der Medizinforschung, zum Beispiel zwischen Grundlagenforschung, klinischer Forschung und der Umsetzung in die Praxis, zu schließen.

Das DZD hat Academies aufgebaut, in denen Experten aus verschiedenen Bereichen eng zusammenarbeiten, um umfassende translationale Forschungsprojekte in der Diabetesforschung zu bearbeiten. Im Folgenden stellen wir die translationalen Forschungsarbeiten der Academies an den Beispielen Fettleber und Typ-1-Diabetes vor.

### **Arbeiten aus Grundlagenforschung und klinischer Forschung helfen, die Diabetesentstehung weiter zu entschlüsseln und neue Therapieansätze zu entwickeln (Beispiel Fettleber und Typ-2-Diabetes).**

Weder Body-Mass-Index (BMI) noch Bauchansatz sind allein Grund dafür, dass Menschen an Typ-2-Diabetes erkranken. Vor allem die Ansammlung von Fett in der Leber begünstigt die Störung des Blutzuckerstoffwechsels. Untersuchungen zeigten, dass eine Fettleber vermehrt das Hormon Fetuin-A produziert und es in den Blutkreislauf abgibt. Dieses Protein bindet an Insulinrezeptoren in der Muskulatur und Fettzellen und trägt so zu einer Insulinresistenz bei. Zudem lagern sich gesättigte Fettsäuren an Fetuin-A an, dadurch werden entzündliche Signalwege aktiviert und eine Insulinresistenz verstärkt. Die Folgen: Es gelangt weniger Glukose aus dem Blut in Muskel- und Fettzellen, der Blutzuckerspiegel steigt dauerhaft an und ein Typ-2-Diabetes kann entstehen.<sup>1</sup> Zudem schädigt eine Fettleber auch andere Organe. Aktuelle Studien zeigen, dass das von der Fettleber produzierte Fetuin-A zu Veränderungen in der Niere und der

Bauchspeicheldrüse führen kann.<sup>2, 3</sup>

Bereits eine sehr fettreiche Mahlzeit kann zu vermehrten Fetteinlagerungen und Veränderungen im Energiestoffwechsel der Leber führen. Das ergab eine Studie von DZD-Forschern.<sup>4</sup>

Doch was kann man gegen die Ansammlung gefährlicher Fette in der Leber tun? DZD-Untersuchungen zeigen, dass Intervallfasten die Menge schädlicher Leberfette reduziert, die eine Insulinresistenz begünstigen.<sup>5</sup> DZD-Forscherinnen und -Forscher suchten nach fastenbedingten Unterschieden in der Genaktivität von Leberzellen. Mithilfe von Transkriptionsarrays konnten sie zeigen, dass speziell das Gen für das Protein GADD45 $\beta$  (Growth Arrest and DNA Damage-inducible) abhängig von der Ernährung unterschiedlich oft abgelesen wurde: Je größer der Hunger, desto öfter produzierten die Zellen das Transkript.<sup>6</sup>

Forscher des DZD arbeiten auch an neuen Wirkstoffen, um eine Fettleber künftig behandeln zu können. Ein Ansatz ist es, mithilfe eines speziell entwickelten Kombinationswirkstoffs das Schilddrüsenhormon T3 bevorzugt in die Leber einzuschleusen. Das an Glukagon gebundene T3 gelangt nur in Zellen, die über einen Glukagonrezeptor verfügen. Das neue Molekül konzentriert so die Wirkung von T3 auf die Leber und minimiert unerwünschte T3-Effekte in Herz und Knochen.<sup>7</sup>

Die bisherigen Ergebnisse bilden die Grundlage für eine neue DZD-Multicenterstudie, in der die Behandlung von Fettleber und Diabetes weiter untersucht werden soll, um den Betroffenen schnellstmöglich eine effiziente Therapie anbieten zu können.

Erste Ergebnisse aus der DZD-Forschung konnten erfreulicherweise schon in „Clinical Practice Guidelines“ (Empfehlungen für die Diagnose und Therapie der nicht alkoholischen Fettlebererkrankung (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) einfließen.<sup>8</sup>

### **Typ-1-Diabetes: Arbeiten zur Prävention und Therapie der Autoimmunerkrankung**

Bereits vor einigen Jahren ist DZD-Wissenschaftlern gemeinsam mit internationalen Forschern ein wichtiger Durchbruch bei der möglichen Prävention von Typ-1-Diabetes gelungen: In der Pre-POINT-Studie konnten sie durch orale Insulingabe bei Kindern zwischen zwei und sieben Jahren mit erhöhtem Diabetesrisiko eine schützende Immunreaktion auslösen.<sup>9</sup> In der Nachfolgestudie Pre-POINTearly untersuchen Forscherinnen und Forscher derzeit, ob sich dieser Effekt mit oralem Insulin auch bei

Kleinkindern (im Alter zwischen sechs Monaten und zwei Jahren) bestätigen lässt und ob ein Typ-1-Diabetes dauerhaft verhindert werden kann.

Im nächsten Schritt sollen nun Babys mit einem erhöhten Risiko für Typ-1-Diabetes identifiziert werden. Im Rahmen von GPPAD, einer globalen Plattform zur Prävention des autoimmunen Diabetes, werden internationale Studien zur Vorbeugung der Entstehung von Typ-1-Diabetes durchgeführt. Die Präventionsstudie POInT (Primary Oral Insulin Trial) ist eine randomisierte, kontrollierte Phase-IIb-Studie. Sie soll zeigen, ob täglich mit der Nahrung verabreichtes Insulinpulver im Baby- und Kleinkindalter die fehlerhafte Immunreaktion verhindern kann, die dem Typ-1-Diabetes ursächlich vorausgeht.

Gleichzeitig gilt es über Grundlagenforschung weitere neue mögliche Ansatzpunkte zur Prävention zu identifizieren. Erst vor Kurzem haben DZD-Forscher einen Mechanismus entdeckt, der die Autoimmunreaktion in einem Frühstadium des Typ-1-Diabetes verstärkt (miRNA181a führt zu einer Aktivierung des Transkriptionsfaktors NFAT5).<sup>10</sup>

DZD-Experten arbeiten auch an neuen Therapieansätzen wie einer künstlichen Bauchspeicheldrüse. Ein Bioreaktor erlaubt die Transplantation von artfremden, also xenogenen Inselzellen, ohne das Immunsystem zu beeinflussen. Diese Strategie eröffnet neue Möglichkeiten für eine breitere und sichere Anwendung verschiedener zellbasierter Therapien.<sup>11</sup>

### **Big Data für eine personalisierte Diabetesprävention**

Die Digitalisierung sowie neue Informations- und Kommunikationstechnologien eröffnen die Möglichkeit, die Prävention der Volkskrankheit Diabetes in einer neuen Dimension zu erforschen und geeignete personalisierte Präventionsmaßnahmen anzubieten. Durch den Aufbau eines digitalen Diabetes-Präventionszentrums (Digital Diabetes Prevention Center, DDPC) soll – unter Einbeziehung großer Bevölkerungsgruppen, Gesundheits- und Forschungsdaten aus unterschiedlichsten Quellen und durch Anwendung von innovativen IT-Technologien zum Data-Storage und Data-Mining – die Chance genutzt werden, die Diabetesrisiko-Subtypen in der Bevölkerung frühzeitig zu erkennen und eine zielgerichtete personalisierte Prävention zu ermöglichen.

Durch wissenschaftliche Exzellenz sowie direkte klinische Anbindung, verbunden mit der Anwendung von Big-Data-Technologien, hat das DDPC beste Voraussetzungen, Neuland zu betreten, um mittelfristig personalisierte Präventions- und Therapiemöglichkeiten anzubieten. Eine wichtige Aufgabe wird es sein, die Menschen umfassend zu informieren



und in das Vorhaben einzubeziehen, damit sich die breite Bevölkerung beteiligt und den Nutzen erkennt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Februar 2018

Publikationen:

- 1) Stefan N., Häring H-U. (2013): The role of hepatokines in metabolism. *Nat Rev Endocrinol.* 9(3):144-52. DOI: [10.1038/nrendo.2012.258](https://doi.org/10.1038/nrendo.2012.258).
- 2) Gerst F. et al. (2017): Metabolic crosstalk between fatty pancreas and fatty liver: effects on local inflammation and insulin secretion. *Diabetologia*, 60(11):2240-2251. DOI: [10.1007/s00125-017-4385-1](https://doi.org/10.1007/s00125-017-4385-1).
- 3) Wagner R. et al. (2017): The protective effect of human renal sinus fat on glomerular cells is reversed by the hepatokine fetuin-A. *Scientific Reports*, vol. 7: 2261. DOI: [10.1038/s41598-017-02210-4](https://doi.org/10.1038/s41598-017-02210-4).
- 4) Álvarez Hernández E. et al. (2017): Acute dietary fat intake initiates alterations in energy metabolism and insulin resistance, *J Clin Invest.* 127(2):695-708. DOI: 10.1172/JCI89444.
- 5) Baumeier C. et al. (2015): Caloric restriction and intermittent fasting alter hepatic lipid droplet proteome and diacylglycerol species and prevent diabetes in NZO mice. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – Molecular and Cell Biology of Lipids.* 1851(5):566-76. DOI: [10.1016/j.bbalip.2015.01.013](https://doi.org/10.1016/j.bbalip.2015.01.013).
- 6) Fuhrmeister J. et al. (2016). Fasting-induced liver GADD45 $\beta$  restrains hepatic fatty acid uptake and improves metabolic health, *EMBO Molecular Medicine*, vol. 8, 654-669. DOI: [10.15252/emmm.201505801](https://doi.org/10.15252/emmm.201505801).
- 7) Finan B. & Clemmensen C. et al. (2016): Chemical Hybridization of Glucagon and Thyroid Hormone Optimizes Therapeutic Impact for Metabolic Disease. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2016.09.014>.
- 8) EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *The Journal of Hepatology*, European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obesity Facts.* 9(2):65-90. DOI: 10.1159/000443344.
- 9) Bonifacio E. et al. (2015): Effects of High-Dose Oral Insulin on Immune Responses in Children at High Risk for Type 1 Diabetes. *The Pre-POINT Randomized Clinical Trial.*

JAMA 2015; 313(15):1541-1549. DOI:10.1001/jama.2015.2928.

10) Serr I. et al. (2017): A miRNA181a/NFAT5 axis links impaired T cell tolerance induction with autoimmune Type 1 diabetes. *Science Translational Medicine*, vol. 10, 422. DOI: 10.1126/scitranslmed.aag1782.

11) Ludwig B. et al. (2017): Favorable outcome of experimental islet xenotransplantation without immunosuppression in a nonhuman primate model of diabetes. *PNAS, Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114 (44). 11745-11750. DOI: 10.1073/pnas.1708420114.

## 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](http://www.ddg.info)

## **Curriculum Vitae**

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



### **Akademische Ausbildung:**

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

### **Beruflicher Werdegang:**

- |           |   |
|-----------|---|
| 1985–1987 | Assistenzarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und<br>Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft bei Prof. Dr. C. R.<br>Kahn, Direktor des Joslin Diabetes Center der Harvard Medical School<br>in Boston |
| 1987      | Fortführung der klinischen Weiterbildung bei Prof. H. Greten an der<br>Medizinischen Kernklinik und Poliklinik des Universitätskrankenhauses<br>Eppendorf in Hamburg  |
| 1991      | Wechsel im Rahmen der Berufung von Prof. W. Krone an die Klinik II<br>und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln   |
| 1995–1997 | Oberarzt der Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität<br>zu Köln   |
| 1993      | Facharzt für Innere Medizin   |
| 1994      | Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie  |
| 1996      | Habilitation für das Fach Innere Medizin<br>Thema der Forschungsarbeit: „Molekulare Mechanismen der<br>Insulinwirkung und Insulinresistenz“, Thema der Antrittsvorlesung:<br>„Gentherapie in der Inneren Medizin“             |
| 1997      | Berufung auf eine Universitätsprofessur für Innere Medizin/<br>Endokrinologie in Köln   |
| 2001–2006 | Übernahme des Lehrstuhls für Klinische Biochemie und<br>Pathobiochemie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Direktor<br>am Deutschen Diabetes-Zentrum   |

2006–2015	Leitung der I. Medizinischen Abteilung der Asklepios Klinik St. Georg, Allgemeine Innere Medizin, Diabetes, Gastroenterologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen
2011–2012	Stellvertretender Gründungsdekan des Asklepios Campus Hamburg, Medizinische Fakultät der Semmelweis Universität
2012–2014	Dekan des Asklepios Campus Hamburg
Seit 2016	Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

**Preise:**

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

**Sonstige Aktivitäten:**

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



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

**Herausgeber von Fachbüchern und wissenschaftlichen Beiträgen:**

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

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

## **Curriculum Vitae**

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

## **Curriculum Vitae**

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



Professor Hrabě de Angelis studierte Biologie an der Philipps-Universität in Marburg und promovierte 1994 über den Einfluss von Wachstumsfaktoren auf die frühe Embryonalentwicklung. Während seiner Zeit als Postdoc (1994–1997) am Jackson Laboratory in Bar Harbor (USA) untersuchte er den Delta-Notch-Signalweg und Mausmodelle zur Somitogenese.

Seit 2000 leitet Professor Hrabě de Angelis als Direktor das Institut für Experimentelle Genetik am Helmholtz Zentrum München und wurde 2003 auf den Lehrstuhl für Experimentelle Genetik an der Technischen Universität München berufen. Zugleich ist er Direktor des europäischen Forschungskonsortiums „INFRAFRONTIER“. 2001 gründete er die German Mouse Clinic (GMC) zur systemischen Analyse von menschlichen Erkrankungen. Forschungsschwerpunkt ist die Aufklärung von genetischen und epigenetischen Faktoren des Diabetes mellitus.

Professor Hrabě de Angelis publizierte über 450 Originalarbeiten, welche über 20 000-mal zitiert wurden, und ist Autor mehrerer Fachbücher. Er leitet Forschungsprojekte auf nationaler und internationaler Ebene und ist einer der Gründer sowie Sprecher und Vorstand des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung e.V. (DZD), das 2009 ins Leben gerufen wurde.

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](http://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