

**Pressekonferenz zur
10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Termin: Freitag, 11. November 2016, 12.15 bis 13.15 Uhr

Ort: Presse Center West, NCC West, Ebene 1, Raum Madrid

Anschrift: NCC Nürnberg Convention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

„Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten“

Themen und Referenten:

Highlights der Diabetes Herbsttagung 2016

Diabetes geht auch auf die Knochen: Osteoporose vorbeugen

Professor Dr. med. Klaus Badenhoop

Tagungspräsident Diabetes Herbsttagung 2016

Sprecher der DDG Arbeitsgemeinschaft Molekularbiologie und Genetik des Diabetes, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Medizinische Klinik 1, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel, Frankfurt am Main

Innovative Diabetesbehandlung: Wer entscheidet was hilft?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

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

Herzgesundheit bei Menschen mit Diabetes verbessern: kardiovaskuläre Endpunktstudien und ihre Bedeutung für den Praxisalltag

Professor Dr. med. Stephan Jacob

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Herz der DDG, niedergelassener Diabetologe aus Villingen-Schwenningen

Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker: Diabetologen und Apotheker besser vernetzen, um Menschen mit Diabetes gut zu versorgen

Manfred Krüger

Landesbeauftragter für Pharmazeutische Betreuung und AMTS; Apothekerkammer und Apothekerverband Nordrhein; EADV-Kommission DDG/BAK; Vorstand AG Prävention DDG

Hilfreiche App zum Blutzucker im Laufe des Zyklus von Diabetikerinnen

Sara-Luisa Reh und Anja-Sophia Reh

Stadtbergen bei Augsburg; Gewinner Jugend forscht 2016

Moderation:

Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DDG, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung 2016
Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-423 und -309
Telefax: 0711 8931-167
hommrich@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

**Am 11. und 12.11.2016 vor Ort in
Nürnberg**

Presse Center West, NCC West, Ebene 1
Telefon: 0911 8606-6747

**Pressekonferenz zur
10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Termin: Freitag, 11. November 2016, 12.15 bis 13.15 Uhr

Ort: Presse Center West, NCC West, Ebene 1, Raum Madrid

Anschrift: NCC Nürnberg Convention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

„Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten“

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Zahlen und Fakten zu Diabetes mellitus und der Fachgesellschaft DDG

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung 2016
Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-423 und -309
Telefax: 0711 8931-167
hommrich@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

**Am 11. und 12.11.2016 vor Ort in
Nürnberg**

Presse Center West, NCC West, Ebene 1
Telefon: 0911 8606-6747

PRESSEMITTEILUNG

10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

11. bis 12. November 2016,

im NCC Nürnberg Convention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

Diabetes mellitus vorbeugen, früh erkennen und erfolgreich behandeln

Nürnberg, 11. November 2016 – Aktuell sind mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland an Diabetes mellitus erkrankt. 300 000 davon haben Diabetes Typ 1, darunter mehr als 30 500 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren. Gestationsdiabetes (GDM) gehört zu den häufigsten Schwangerschaftskomplikationen. An Typ-2-Diabetes erkranken hierzulande jedes Jahr 270 000 Menschen. Die Stoffwechselerkrankung betrifft alle Altersgruppen und nicht selten mehrere Mitglieder einer Familie. Neueste Erkenntnisse zur Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung stehen im Mittelpunkt der 10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Die Tagung findet unter dem Motto „Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten“ vom 11. bis 12. November 2016 im NCC Nürnberg Convention Center in Nürnberg statt.

„Diabetes mellitus beeinflusst neben dem Betroffenen selbst immer auch die Familie“, sagt Professor Dr. med. Klaus Badenhop, Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung in Nürnberg und Diabetologe aus Frankfurt am Main. Seien es Kleinkinder mit Diabetes Typ 1, Schwangere, die an Gestationsdiabetes erkranken oder ältere Menschen mit Typ-2-Diabetes – allen gemeinsam ist, dass ihre Angehörigen in die Therapie miteingebunden sind und intensiv am Verlauf der chronischen Stoffwechselerkrankung teilhaben. Zudem kommt Diabetes familiär gehäuft vor und kann sowohl bei Typ-1- als auch bei Typ-2-Diabetes mehrere Familienmitglieder betreffen. Eine familiäre Häufung wird besonders beim Typ 2 Diabetes beobachtet: ist ein Elternteil betroffen, liegt das Risiko bei bis zu 50 Prozent, als Erwachsene auch zu erkranken. Kommt ein Diabetes in drei oder mehr Generationen vor, ist eine genetische Untersuchung auf eine seltene monogenetische Stoffwechselstörung angeraten.

Inzwischen können Früherkennungsuntersuchungen Diabeteserkrankungen verhindern und eine frühe Therapie Komplikationen vermeiden. „Durch gemeinsame Bewältigung der erkrankungsbedingten Lebensveränderungen werden Patienten und Familien entlastet“, erläutert Professor Badenhop. Voraussetzungen, neueste Erkenntnisse und Behandlungskonzepte dazu diskutieren Ärzte verschiedener Fachrichtungen und nichtärztliche Mitglieder des Diabetes-

Behandlungsteams in zahlreichen Symposien und Workshops im Rahmen der Diabetes Herbsttagung in Nürnberg. „Viele Menschen mit Diabetes bewältigen auch unter hohen Anforderungen ihr Leben sehr gut“, betont Professor Badenhoop. „Dies werden wir an Beispielen aus Sport Wirtschaft und Kunst zeigen.“ Zu den Highlights der Herbsttagung gehören unter anderem Diskussionsveranstaltungen zu den Themen „Höchstleistung trotz Diabetes: Lernen von Spitzenkräften“, „Adipositas therapie 2016 – konservativ versus chirurgisch“ oder „E-Health und Datensicherheit in der Diabetologie“. Eines der Symposien vertieft das Thema „Diabetes im sozialen Alltag - Schule, Führerschein, Beruf, Schwerbehindertenausweis, Hobby“.

Interaktive Workshops zu Themen wie „Familiäre Störungen des Herz-Kreislaufsystems und der Lipide“, „Insulinpumpentherapie“, „Diabetes und Migranten: Kulturelle Besonderheiten bei Diabeteserkrankungen“, „Diabetisches Fußsyndrom“ oder „Smartphone APPs in der diabetologischen Versorgung“ runden das Programm ab.

PRESSEMITTEILUNG

10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

11. bis 12. November 2016,

im NCC Nürnberg Convention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

Arbeitswelt und Migration: Typ-2-Diabetes vorbeugen und Arbeitskraft bei Erkrankten erhalten

Nürnberg, 11. November 2016 – Etwa 5,6 Millionen Arbeitnehmer in Deutschland sind laut des Bundesarbeitsministeriums* im Schichtdienst tätig. Schichtarbeit erhöht das Risiko für Typ-2-Diabetes, wie mehrere Beobachtungsstudien zeigen. Durch Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus kann es zu Störungen im Glukosestoffwechsel kommen. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der Zunahme von Erkrankungen an Typ-2-Diabetes hierzulande müssen neben Präventionsmaßnahmen auch Perspektiven entwickelt werden, wie Menschen trotz chronischer Erkrankung weiterhin und bei guter Lebensqualität am Berufsleben teilnehmen können. Außerdem ist ein Anstieg von Arbeitskräften aus anderen Kulturkreisen mit einer noch höheren Diabetesprävalenz zu erwarten. Die Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Migranten“ der DDG kommt in ihren jüngsten Recherchen zu dem Ergebnis, dass die Zusammenhänge „Diabetes – Arbeitswelt – Migration“ in Deutschland wissenschaftlich noch nicht systematisch aufgegriffen wurden und es einer Ausarbeitung von entsprechenden Lösungsvorschlägen und Behandlungskonzepten bedarf.

Bei Schichtarbeit kann es im Vergleich zu normalen Arbeitszeiten sowohl beim Menschen als auch im Mausmodell durch die Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus zu Störungen im Glukosestoffwechsel kommen. Eine Metaanalyse der Huazhong University of Science and Technology im chinesischen Wuhan¹ fasste die Ergebnisse von 12 internationalen Beobachtungsstudien mit mehr als 226 000 Teilnehmern zusammen – knapp 15 000 hatten Diabetes mellitus. Bei Männern stieg das Diabetesrisiko durch Schichtarbeit um bis zu 37 Prozent. Laut der Metaanalyse ergab sich das höchste Risiko bei rotierenden Schichtmodellen, in denen die Arbeitnehmer häufig zwischen Früh-, Spät- und Nachtschicht wechselten. Diese hatte ein um 42 Prozent erhöhtes Diabetesrisiko. Forscher der Harvard School of Public Health verglichen in einer

Studie² Krankenschwestern, die jahrzehntlang in Wechselschichten tätig waren, mit nur tagsüber arbeitenden Schwestern. Erstere wiesen ein um 20 Prozent erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes auf. Nach knapp 20 Jahren stieg das Risiko um 40 Prozent und nach mehr als 20 Jahren sogar um 58 Prozent an.

„Wer im Schichtdienst arbeitet, muss auch zwangsläufig seine Mahlzeiten den Schichten anpassen“, sagt Faize Berger, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Migranten“ der DDG. „Ständiges Verschieben von Essenszeiten wurde bereits in anderen Studien mit einem Anstieg von postprandialen Glukosewerten, Insulinspiegel und Body-Mass-Index (BMI) in Zusammenhang gebracht.“ Neben einer durch Ursachen wie Schichtdienst und verändertem Lebensstil bedingten Zunahme an Diabeteserkrankungen wird es künftig auch mehr Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund geben, die aus Kulturkreisen mit genetisch höherer Veranlagung für Diabetes stammen. „Wir müssen schon jetzt erforschen, welche Rolle der Migrationshintergrund in der Arbeitswelt spielt und wo die Prävention praktisch ansetzen kann“, erläutert Katrin Boege vom Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG). Diese Aspekte diskutiert die AG in ihrem Symposium im Rahmen der 10. Herbsttagung der DDG am Samstag, den 12. November 2016, im NCC NürnbergConvention Center in Nürnberg.

Das Tagungsprogramm zur Diabetes Herbsttagung ist im Internet unter

www.herbsttagung-ddg.de abrufbar. Interessierte können sich dort direkt online anmelden.

Quellen:

*Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann u. a. und der Fraktion DIE LINKE betreffend "Arbeitszeiten in Deutschland", BT-Drs. 18/9257

<https://www.linksfraktion.de/themen/nachrichten/detail/immer-mehr-beschaefigte-arbeiten-laenger/>

Antwort der Bundesregierung zur kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE im Bundestag zu „Arbeitszeiten in Deutschland“ vom 26.08.2016

https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/PDF_Dokumente/Kleine_Anfrage_18-9257_-_Antwort.pdf

¹Gan Y, et al:Occup Environ Med (online) 16. Juli 2014; Shift work and diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies

<http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2014-102150>; Pan, A. PLoS Medicine 2011; 8(12): e1001141.

¹Pan A, Schernhammer ES, Sun Q, Hu FB (2011) Rotating Night Shift Work and Risk of typ-2-Diabetes PLoS Medicine 2011; 8(12): e1001141

Terminhinweis:

Symposium der „AG Diabetes und Migranten“:

Diabetes – Arbeitswelt – Migration

Termin: Samstag, 12. November 2016, 14.00 Uhr – 15.30 Uhr

Ort: Presse Center West, NCC West, Raum Brüssel 1

Anschrift: NCC NürnbergConvention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

PRESSEMITTEILUNG

10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

11. bis 12. November 2016,

im NCC Nürnberg Convention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

Diabetes geht auch auf die Knochen: Osteoporose vorbeugen, Brüche vermeiden

Nürnberg, 11. November 2016 – Die Osteoporose ist in Deutschland weit verbreitet: Etwa 6,3 Millionen sind davon betroffen. Die Techniker Krankenkasse fand im Jahr 2009 bei nahezu einem Viertel der über 50-jährigen Frauen in Deutschland einen Osteoporose-bedingten Knochenbruch oder knochenstabilisierende Medikamente. Auch Menschen mit Diabetes Typ 1 und Typ 2 haben ein erhöhtes Osteoporoserisiko und dadurch auch für Knochenbrüche. Diese können Folgeerkrankungen wie Immobilität, Lungenentzündungen oder Langzeitbehinderung nach sich ziehen. Folgeerkrankungen sind mit erheblichen Behandlungskosten und einem erhöhten Sterberisiko verbunden. Ursache für Osteoporose kann ein Vitamin-D-Mangel sein. Aber auch einzelne Diabetes-Medikamente können die Knochengesundheit schwächen. Deshalb sollten Menschen mit Diabetes frühzeitig gezielt auf Osteoporose untersucht und behandelt werden. Dies ist ein Themenschwerpunkt der 10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Die Tagung findet unter dem Motto „Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten“ vom 11. bis 12. November 2016 im NCC Nürnberg Convention Center in Nürnberg statt.

Die Stabilität des menschlichen Knochens ist erblich angelegt und wird durch Umweltfaktoren bereits früh beeinflusst. Im frühen Erwachsenenalter ist die Knochendichte am höchsten und nimmt im weiteren Leben langsam ab. Ein Diabetes mellitus kann den Abbau beschleunigen und – insbesondere mit längerer Diabetesdauer – Knochenbrüche begünstigen. „Hierbei spielt eine Rolle, ob die Menschen sich weniger körperlich bewegen, der Diabetes gut oder schlecht eingestellt ist, welche Diabetesmedikamente eingenommen werden und ob ein Vitamin-D-Mangel besteht“, sagt Professor Dr. med. Klaus Badenhoop, Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung in Nürnberg und Diabetologe aus Frankfurt am Main. Dabei komme ein Vitamin-D-Mangel auch bei Gesunden nicht selten vor, sei aber bei Diabetes besonders häufig. Niedrige Vitamin D Konzentrationen kommen besonders bei älteren Menschen vor. Neben der Nahrungsaufnahme wird ein Großteil

des täglichen Vitamin-D-Bedarfes vom Körper durch die Haut hergestellt. Heute gehört Vitamin D aufgrund der gesicherten Wirkungen auf den Knochenstoffwechsel zur Basistherapie der Osteoporose. „Darüber hinaus gilt ein Vitamin-D-Mangel als Risikofaktor verschiedener anderer chronischer Erkrankungen“, erklärt Professor Badenhoop. Derzeit werde auch erforscht, ob ein Vitamin D Mangel sogar die Entwicklung eines Diabetes Typ 1 im Jugendalter beeinflusst. Schon jetzt könne aber gesagt werden, dass ein Vitamin-D-Mangel bei bestehendem Diabetes mellitus vermieden und behandelt werden muss. „Menschen mit Diabetes, egal ob Typ 1 oder 2 sollten gerade im Alter nicht warten, bis es zu Knochenbrüchen gekommen ist“, warnt Professor Badenhoop: „Ein Bluttest beim Hausarzt kann den Mangel rasch feststellen und eine frühzeitige Behandlung kann Spätschäden vermeiden.“

Im Rahmen der Kongress- Pressekonferenz der 10. Diabetes Herbsttagung am 11. November 2016 in Nürnberg stellte Professor Badenhoop neue Erkenntnisse zu Osteoporose bei Diabetes vor.

Informationen und Programmübersicht im Internet:

10. Herbsttagung der DDG

11. bis 12. November 2016, NCC NürnbergConvention Center

<http://www.herbsttagung-ddg.de>

Diabetes geht auch auf die Knochen: Osteoporose vorbeugen

Professor Dr. med. Klaus Badenhoop, Tagungspräsident Diabetes Herbsttagung 2016
Sprecher der DDG Arbeitsgemeinschaft Molekularbiologie und Genetik des Diabetes, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Medizinische Klinik 1, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel, Frankfurt am Main

Die Knochenstabilität nimmt mit dem Alter ab und kann zur Osteoporose führen. Menschen mit einem Diabetes profitieren von der Prophylaxe mit Vitamin D besonders.

Erhöhtes Risiko für Knochenerkrankung bei Diabetes

Die Osteoporose ist in Deutschland weit verbreitet: Etwa 6,3 Millionen leben mit dieser Krankheit. Die Techniker Krankenkasse fand im Jahr 2009 bei nahezu einem Viertel der über 50-jährigen Frauen in Deutschland einen Osteoporose-bedingten Knochenbruch oder knochenstabilisierende Medikamente.

Menschen mit einem Diabetes haben dabei ein erhöhtes Osteoporoserisiko, bei Typ-1-Diabetes und dem deutlich häufigeren Typ-2-Diabetes steigt das Risiko für Knochenbrüche. Diese können Folgeerkrankungen wie Immobilität, Lungenentzündungen oder Langzeitbehinderung nach sich ziehen, was mit erheblichen Kosten sowie mit erhöhtem Sterblichkeitsrisiko verbunden sein kann. Auch muss in der Diabetestherapie beachtet werden, dass einzelne Medikamente die Knochengesundheit schwächen, insbesondere die seltener verordneten Glitazone. Deshalb sollen Menschen mit Diabetes frühzeitig gezielt behandelt werden, um sie vor einer Osteoporose und deren möglichen Folgen zu schützen.

Die Stabilität des menschlichen Knochens ist erblich angelegt und wird durch Umweltfaktoren bereits früh beeinflusst. Im frühen Erwachsenenalter ist die Knochendichte am höchsten und nimmt im weiteren Leben langsam ab. Ein Diabetes mellitus kann den Abbau beschleunigen und kann – insbesondere mit längerer Diabetesdauer – Knochenbrüche begünstigen. Hierbei spielt eine Rolle, ob die Menschen sich weniger körperlich bewegen, der Diabetes gut oder schlecht eingestellt ist, welche Diabetesmedikamente eingenommen werden und ob ein Vitamin-D-Mangel besteht. Dabei kommt ein Vitamin-D-Mangel auch bei Gesunden nicht selten vor, ist aber bei Diabetes besonders häufig.

Die Rolle des Vitamin D

Niedrige Konzentrationen an Vitamin D sind besonders bei älteren Menschen weit verbreitet. Vitamin D ähnelt chemisch anderen Hormonen, wie Schilddrüsen-, Nebennieren- und Geschlechtshormonen, und wirkt wie diese über einen Rezeptor im Zellkern vieler Zellen. Neben der Nahrungsaufnahme wird ein Großteil des täglichen Vitamin-D-Bedarfes vom Körper durch die

Haut hergestellt, wo Vorläufer durch Einfluss von UV-B-Strahlung entstehen, die dann in der Leber umgewandelt und schließlich in der Niere aktiviert werden. Das Steroidhormon ist Bindungspartner für den von vielen Zellen gebildeten Vitamin-D-Rezeptor (VDR), der fast drei Prozent aller menschlichen Gene reguliert. Die wichtigste Rolle spielt dieses System für die Regulation der Calcium-Homöostase sowie des Phosphat-Haushalts. Die häufige Knochenkrankheit Rachitis war und ist auf den Mangel an Vitamin D in der Kindheit zurückzuführen.

Heute gehört Vitamin D aufgrund der gesicherten Wirkungen auf den Knochenstoffwechsel zur Basistherapie der Osteoporose. Darüber hinaus gilt ein Vitamin-D-Mangel als Risikofaktor verschiedener anderer chronischer Erkrankungen. Ein stark wachsendes Forschungsgebiet fördert stetig neue Ergebnisse sowohl der Grundlagen- wie der klinisch angewandten Wissenschaft zutage. Vitamin D wird als systemisch wirksames Steroidhormon neu verstanden, insbesondere im Immunsystem, bei Gefäßerkrankungen und beim Diabetes-Stoffwechsel. Pilotstudien haben gezeigt, wie hoch dosiertes Vitamin D autoaggressive Immunstörungen beheben kann. Bei Typ-1-Diabetes kann hoch dosiertes Vitamin D neben einer Stabilisierung der zellulären Immunität auch das Blutzuckerprofil günstig beeinflussen (Bogdanou et al., „Diabetes Metabolism Research and Reviews“ im Druck, online verfügbar). Bei Typ-2-Diabetes werden schützende Effekte für das Gefäßsystem vermutet. Langzeitstudien werden zeigen, ob und wann eine Dauertherapie mit hoch dosiertem Vitamin D in der Diabetestherapie gerechtfertigt ist.

Bei der Diabetestherapie muss immer die mögliche Hypoglykämie beachtet werden, die zu Stürzen und Frakturen führen kann. Obwohl die Bedeutung des Vitamin D in der Prophylaxe von Stürzen bei älteren Menschen kontrovers beurteilt wird, kann Vitamin D bereits in niedriger Dosierung das Risiko von Stürzen vermindern.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist allgemein anerkannt: Ein Vitamin-D-Mangel sollte bei Diabetes mellitus vermieden und behandelt werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2016

Innovative Diabetesbehandlung: Wer entscheidet was hilft?

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

Seit 2011 werden neu in den Markt eingeführte Medikamente einer „frühen Nutzenbewertung“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) unterzogen, gefolgt von Preisverhandlungen zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband. Primäres Ziel des Verfahrens ist die Preisfindung bei neuen Arzneimitteln und damit auch eine Kostenkontrolle bei Innovationen.

Das Verfahren erlaubt den pharmazeutischen Unternehmen, neu zugelassene Medikamente zu einem von ihnen festgelegten Preis einzuführen. Die Nutzenbewertung durch den G-BA muss ein halbes Jahr danach abgeschlossen sein, die Preisverhandlungen müssen nach einem weiteren halben Jahr abgeschlossen sein. Wichtig ist, dass die Nutzenbewertung im Rahmen des AMNOG unabhängig und nachgeschaltet von der Bewertung der Wirksamkeit und Sicherheit ist, die für die Zulassung eines Medikamentes durch nationale und internationale Zulassungsbehörden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], European Medicines Agency [EMA] unter anderem) erfolgt. Im AMNOG bezieht sich die Nutzenbewertung vor allem auf den Vergleich zur vom G-BA festgelegten „zweckmäßigen Vergleichstherapie“ (zVT) und Fragestellungen, die den potenziellen Zusatznutzen des neuen Medikamentes betreffen. Hierbei geht es vor allem darum, die Evidenz in Bezug auf den Wortlaut der Zulassung beziehungsweise Fachinformation zu beurteilen, und es soll ein medizinisch begründeter Rahmen für die folgenden Preisverhandlungen durch die Nutzenbewertung geschaffen werden.

Seit Einführung des AMNOG fanden mehr als 20 Nutzenbewertungen von Diabetesmedikamenten statt, in denen die DDG ihr Stellungnahmerecht wahrgenommen hat. Sechs Diabetesmedikamente sind nach Durchlaufen des AMNOG in Deutschland nicht mehr erhältlich.

Die frühe Nutzenbewertung von neuen Medikamenten ist in Anbetracht der begrenzten Ressourcen notwendig und die Einführung des AMNOG war sicher ein wichtiger und richtiger Schritt. Nach wie vor gibt es jedoch von der DDG und zahlreichen anderen Fachgesellschaften sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als Dachorganisation Kritikpunkte. So wird unter anderem gefordert, dass bei der Festlegung der zVT im Vorfeld unabhängige Experten und die Fachgesellschaften gehört werden. Außerdem sollten evidenzbasierte Leitlinien als verpflichtender integraler Bestandteil im Begutachtungsprozess enthalten sein und bei den Leitlinien widersprechenden Empfehlungen eine wissenschaftlich plausible Rechtfertigung erfolgen. Bezüglich der Rahmenbedingungen halten die AWMF, die DDG und die anderen Fachgesellschaften eine europäische Harmonisierung

der auf den patientenrelevanten Nutzen bezogenen Kriterien und Anforderungen für Zulassungsverfahren für dringend erforderlich.

Das AMNOG ist klar so ausgelegt, dass der G-BA in den Preisverhandlungen nach der Nutzenbewertung unabhängig bleibt. Die Rolle des GKV-Spitzenverbandes bei den Preisverhandlungen wird nicht nur von der DDG kritisch gesehen, unter anderem auch, weil er in Einzelfällen gegen die Interessen einzelner Kassen handelt. Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen sind jedoch nicht umsetzbar.

Für Medikamente mit geringem Zusatznutzen wurden höhere Preise konsentiert. Dies führt jedoch in der Praxis leicht dazu, dass nicht leitliniengerecht behandelt wird, sondern der Preis eines Medikamentes die Auswahl der Therapie bestimmt – sicher kein gewünschter Effekt. Die DDG weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Preisverhandlungsverfahren am Ende eine fachliche „Plausibilitätskontrolle“ durch Externe und die Fachgesellschaften sehr wünschenswert ist, um evidenzbasierte, leitlinienorientierte Medizin und Preisfindung möglichst in Einklang zu bringen. Dies umso mehr, da die Schiedsstelle, die am Ende eines bislang nicht erfolgreichen Preisverhandlungsverfahrens ins Verfahren mit eintritt, fachfremd ist.

Einige Diabetesmedikamente wurden aufgrund einer nicht erzielten Preiseinigung im AMNOG-Verfahren vom Markt genommen. Besonders bei Medikamenten, mit denen viele Tausende Patienten behandelt wurden, sind die hiermit verbundenen zwangsweisen Therapieumstellungen eine Belastung für die Patienten und Behandler. Die hierdurch verursachten „Folgekosten“ (zum Beispiel direkte Umstellungskosten durch gehäufte Arztbesuche, gegebenenfalls zusätzliche Schulungstermine, unter Umständen zusätzliche Behandlungskosten durch Umstellungskomplikationen wie Hypoglykämien) werden von den Kostenträgern eher unterschätzt.

Bei den Preisverhandlungen wäre es eine gute Entwicklung, wenn in Zukunft die Wichtigkeit des „Return on Investment“ für die pharmazeutischen Unternehmen mehr berücksichtigt würde. Dies hätte auch positive Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Wissenschaftsstandort Deutschland. Um bei Preisverhandlungen für Kostenträger und Hersteller mehr Einigungsmöglichkeiten zu schaffen, wäre es günstig, wenn in Zukunft Preise nicht mehr zwingend in der „Lauer-Taxe“ veröffentlicht werden müssen, sondern in einer vertraulichen Liste fixiert werden (ähnlich dem bei Humaninsulinanaloga gehandhabten Verfahren). Dies waren auch Themen und Forderungen im Pharma-Dialog, die jedoch bislang nicht umgesetzt sind. Im Fall von gescheiterten Preisverhandlungsverfahren müsste es (auch im Sinne der oben geforderten „Plausibilitätskontrolle“) eine institutionalisierte „Beanstandungsmöglichkeit“ geben, bei der dann auch Versorgungsgesichtspunkte mit berücksichtigt werden.

Eine neue Entwicklung bei der Umsetzung des AMNOG ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), das die Regionalisierung der Arzneimittelsteuerung und Wirtschaftlichkeit ab 2017 auf dem Boden von Vereinbarungen zwischen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen regeln soll. Ein einheitlicher transparenter Kriterienkatalog, der auf den Ergebnissen des AMNOG beziehungsweise GB-A auf Bundesebene beruht, ist bisher nicht vorgesehen und birgt daher die Gefahr einer „regionalen Willkür“ und zusätzlicher regionaler Nutzenbewertungsverfahren. Die hierdurch bedingten Verschreibungsvorgaben könnten die Therapiefreiheit des Arztes einschränken und zu einer föderalen Ungleichheit der Patientenversorgung führen. Auch hier ist aus unserer Sicht sehr dringender Handlungsbedarf.

Quellen:

- 1) Gesundheitsbericht Diabetes 2017, Verlag Kirchheim, Mainz. „Fünf Jahre AMNOG und die Diabetologie“, Gallwitz B. et al. S. 169-180.
- 2) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/AWMF-Stellungnahme_AMNOG_2015-02-24.pdf (Zugriff zuletzt 25.10.2016)

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2016

Herzgesundheit bei Menschen mit Diabetes verbessern: kardiovaskuläre Endpunktstudien und ihre Bedeutung für den Praxisalltag

Professor Dr. med. Stephan Jacob, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Herz der DDG, niedergelassener Diabetologe aus Villingen-Schwenningen

Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 haben eine deutlich erhöhte kardiovaskuläre Erkrankungsrate sowie auch Sterblichkeit; die Gründe dafür sind das gleichzeitige Auftreten gleich mehrerer kardio-metabolischer Risikofaktoren, wie Übergewicht, Hypertonie, Hyperglykämie und Fettstoffwechselstörungen.

Bisherige Studien, die die Effekte einer glukosesenkenden Strategie untersuchten, hatten keine Reduktion der Sterblichkeit oder der kardiovaskulären Ereignisse gesehen.

Neuerdings haben die ursprünglich als Sicherheitsstudien von der Food and Drug Administration (FDA) geforderten kardiovaskulären Endpunktstudien mit dem SGLT2-Hemmer Empagliflozin (EMPA-REG Outcome) und mit dem GLP1-Rezeptor-Agonisten Liraglutid (LEADER) erfreulicherweise eine deutliche Verbesserung der Prognose gezeigt: Der primäre Endpunkt „MACE“ (Tod beziehungsweise nicht tödlicher Schlaganfall oder Myokardinfarkt [MI]) waren signifikant reduziert.

Diese Ergebnisse sind zurzeit nicht einfach zu erklären, denn neben der besseren und schonenderen (ohne vermehrte Hypoglykämien) Blutzuckersenkung wurden durch beider Substanzen auch Gewicht und Blutdruck reduziert.

Auch scheint ein Unterschied bezüglich des zeitlichen Verlaufs zu sein: Während sich in der EMPA-REG OUTCOME-Studie die Kurven der Gruppen innerhalb von wenigen Monaten trennten, dauerte es bei der LEADER-Studie länger, bis sich die Kurven (und dann immer weiter) voneinander trennten.

Hier sind noch viele Fragen offen, auch, ob die Kombination beider Substanzen die Vorteile verstärkt.

Im Licht der bisherigen fehlenden Evidenz für alle anderen Substanzen stellt sich schon die Frage, ob die beiden erfolgreichen Therapie-Prinzipien den Menschen, die der Studienpopulation entsprechen, vorenthalten werden dürfen. Auf dem Treffen der European Association for the Study of Diabetes (EASD) wurde kürzlich berichtet, dass nur ein Bruchteil der Patienten, die für eine solche Therapie infrage kämen, tatsächlich auch das Medikament (hier: Empagliflozin) erhielten.

Die beste Therapie ist aber immer noch die Prävention, das heißt auch die Vermeidung von Übergewicht und Inaktivität, die als Treiber des Diabetes mellitus Typ 2 und des metabolischen Syndroms bestens bekannt sind.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2016

Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker: Diabetologen und Apotheker besser vernetzen, um Menschen mit Diabetes gut zu versorgen

Manfred Krüger, Landesbeauftragter für Pharmazeutische Betreuung und AMTS;
Apothekerkammer und Apothekerverband Nordrhein; EADV-Kommission DDG/BAK; Vorstand
AG Prävention DDG

Wenn die Diagnose Diabetes gestellt ist, brauchen die betroffenen Menschen unkomplizierte, umfassende und fachkundige Unterstützung und Betreuung. Diese ist nicht nur zu Beginn der Erkrankung, sondern lebenslang notwendig.

Das Ziel der Kommission EADV (Einbindung der Apotheker in die Diabetikerversorgung) der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Bundesapothekerkammer (BAK) ist eine bessere Kommunikation und Koordination im Kompetenznetzwerk Patient-Arzt-Apotheker. Die Kooperation sichert und regelt mit ihren Ausbildungsplänen, Konsensvereinbarungen nicht nur die jeweiligen Zuständigkeiten, sondern auch die Qualität.

Wie kann sich dies im Alltag, der in den Praxen und Apotheken immer mehr durch Terminnot und Personalmangel geprägt ist, positiv für die Menschen mit Diabetes auswirken?

Wichtige Stichwörter sind: abgestimmte Beratung und Dienstleistungen nah am Patienten und vor allem Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).

Die Therapie des Diabetes setzt auf die Eigenverantwortung und in vielen Punkten auf das Selbstmanagement der Patienten. Dazu braucht es Kenntnisse und Fertigkeiten und die nötigen Anlaufstellen bei Problemen. Und zwar nicht nur medizinische, sondern auch pharmazeutische, vor allem um Medikationsfehler zu vermeiden.

Neben der Arztpraxis ist hier die Apotheke mit ihrer niedrigen Eintrittsschwelle (keine Termine, lange Öffnungszeiten, kompetentes Personal) zu einem wichtigen Ansprechpartner geworden. Ob das Blutzuckermessgerät ungenau anzeigt, der Pen am Wochenende seinen Geist aufgibt, Unsicherheiten mit Schulungsinhalten oder Therapievorgaben existieren, die Apotheke unterstützt und versorgt. Arzt und Apotheker haben gemeinsam das Ziel, Vertrauen aufzubauen, gleiche Inhalte verständlich zu kommunizieren und sich sinnvoll in ihren Angeboten zu ergänzen. Die Kompetenz der jeweiligen Fachgruppe sollte optimal genutzt werden.

Mehr als 40 Prozent der in unseren Haushalten vorhandenen Arzneimittel wurden ohne ärztliche Verordnung in der Apotheke erworben. Gerade im Bereich Diabetes können unterschiedliche Symptome wie schlecht heilende Wunden, Pilzinfektionen, Hauterkrankungen, Sensibilitätsstörungen auf einen direkten Zusammenhang mit einer nicht optimal laufenden Diabetestherapie hinweisen. Dies zu erkennen und nach Notwendigkeit an den Arzt zur weiteren

Diagnose und Behandlung zu verweisen, ist Teil der pharmazeutischen Aufgabe und Verantwortung. Wenn dies unterbleibt oder zu spät erfolgt, kann dies gravierende Folgen für den Patienten haben, wie dies zum Beispiel Diabetes-Fußambulanzen bitter bestätigen können. Viele Menschen mit Diabetes können heute mit einer guten Lebensqualität alt werden, allerdings benötigen sie hierfür auch eine nicht unerhebliche Zahl an Medikamenten und Hilfsmitteln.

Polypharmazie ist eine Herausforderung für die Arzneimitteltherapiesicherheit, Versagen in diesem Bereich einer der Hauptgründe bei älteren Menschen für Krankenhauseinweisungen. Der Gesetzgeber (§ 31a SGB V) hat deshalb den Anspruch für alle Patienten, die drei und mehr verordnete Arzneimittel gleichzeitig anwenden, auf einen Medikationsplan vorgeschrieben. Bis jetzt ist dies zwar eher eine Medikationsliste, die durch den Hausarzt oder Facharzt erstellt und durch den Apotheker auf Wunsch des Patienten aktualisiert wird; allerdings ein wichtiger Start für eine sinnvolle, elektronische Lösung auf der Gesundheitskarte ab 2018/19. Der Medikationsplan soll alle aktuell vom Patienten angewendeten Arzneimittel, also auch die Selbstmedikation, für den Patienten übersichtlich aufführen. Dies erleichtert auch die tägliche Einnahme.

Aber: Ein Medikationsplan ohne abgestimmte Medikationsanalyse, das heißt ohne medizinische und pharmazeutische Prüfung potenzieller Risiken, ist zu kurz gesprungen und verbessert nicht die Arzneimitteltherapie- und damit Patientensicherheit. Hier besteht noch erheblicher Handlungsbedarf des Gesetzgebers; und es fehlt eine klare Einbindung in die Regelversorgung.

Das Symposium „Optimaler Umgang mit Polypharmazie bei Menschen mit Diabetes im Alltag“ (Samstag, den 12.11.2016 von 10.45 bis 12.15 Uhr) stellt die derzeit mit dem Medikationsplan und der -analyse verbundenen Probleme, aber auch deren Lösungsansätze in Theorie und Praxis auf dieser Herbsttagung vor.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2016

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 2000 Menschen infolge von Diabetes, mehr als 2000 Menschen werden dialysepflichtig und 40 000 Amputationen werden durch Diabetes verursacht.

Ursachen:

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

Circa 300 000 Menschen haben einen Typ-1-Diabetes. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunkrankheit, die meist im Kindes- und Jugendalter auftritt: Die Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren dann kein Insulin mehr.

Begleit- und Folgeerkrankungen:

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

Behandlung:

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

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

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

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören

- die Fort- und Weiterbildung von Diabetologen, Diabetes-Beraterinnen, Diabetes-Assistentinnen, Diabetes-Pflegefachkräften, Wundassistentinnen und Fachpsychologen
- die Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- die Entwicklung von medizinischen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie des Diabetes
- die Unterstützung von Wissenschaft und Forschung

- die Information und der wissenschaftliche Austausch über neueste Erkenntnisse, u.a. auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres.

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

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

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Klaus Badenhoop
Tagungspräsident Diabetes Herbsttagung 2016
Sprecher der DDG Arbeitsgemeinschaft Molekularbiologie und Genetik
des Diabetes, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt, Medizinische Klinik 1, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes
und Stoffwechsel, Frankfurt am Main



Studium:

Humanmedizin an den Universitäten Heidelberg, Berlin und Manchester

1983 Approbation als Arzt
1984 Promotion zum Dr. med.

Beruflicher Werdegang:

1983–1991 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in den Universitätskliniken Berlin-Steglitz und
Mannheim, der Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main und Facharzt für
Innere Medizin, unterbrochen durch Forschungsaufenthalte (1985–1987) am
St.Bartholomew's Hospital, Department of Diabetes and Immunogenetics, und
Middlesex Hospital, Department of Immunology, London

1992 Habilitation für das Fach Innere Medizin, Universität Frankfurt am Main
und weitere Tätigkeit als Oberarzt in der Medizinischen Klinik I des
Universitätsklinikums Frankfurt am Main

1993 Zusatzbezeichnung Endokrinologie

1998 Außerplanmäßige Professur

Seit 2004 Leitung des Schwerpunkts Endokrinologie & Diabetologie in der Medizinischen
Klinik 1 am Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Auszeichnungen und Preise:

1990 von-Basedow-Preis Schilddrüsenforschung der Deutschen Gesellschaft für
Endokrinologie (DGE)

2003 Hans-Christian-Hagedorn-Forschungspreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft
(DDG)

Überregionale Aufgaben:

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft (AG) Molekularbiologie und Genetik der Deutschen Diabetes
Gesellschaft (DDG)

Vorsitzender der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie, Diabetes & Stoffwechsel

Internationale Aufgaben:

- Gastprofessur University of Lima, Peru
- Nationaler Koordinator des European Type 1 Diabetes Genetics Network (ET1DGN) als Teil des globalen T1DGN, finanziert durch National Institutes of Health (NIH) / National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)
- Koordinator des immunregulatorischen Arbeitspakets des EU-FP7 finanzierten Konsortiums über Morbus Addison (EURADRENAL)
- Koordinator des Pharmakogenetik Arbeitspakets des EU-FP7 finanzierten Konsortiums zur frühen Immuntherapie des Typ-1-Diabetes (NAIMIT)
- European Co-Editor of Diabetes/Metabolism Research and Reviews
- Mitglied des Vitamin D Workshops, Program Advisory Committee

Gutachtertätigkeit:

Diabetes, Diabetologia, Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, Clinical Endocrinology, Diabetes Metabolism Research and Reviews, Tissue Antigens, European Journal of Endocrinology, European Journal of Immunogenetics, Vox Sanguinis, Autoimmunity, Hormone and Metabolic Research, Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes, Human Immunology, PLoS, Deutsche Forschungsgemeinschaft, British Diabetic Association (Diabetes UK), The Wellcome Trust, Stiftung "Das zuckerkrankte Kind" in der Deutschen Diabetes-Stiftung, Juvenile Diabetes Research Foundation (JDRF); University of Leuven

Mitgliedschaften:

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE); Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Hessische Fachvereinigung für Diabetes (HFD), European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Publikationen unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez Badenhoop K.

Curriculum Vitae

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



Studium:

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

Promotion:

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

Habilitation:

Für das Fach Innere Medizin mit der 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 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 Kiel (Leitung Prof. Dr. U. R. Fölsch)
1999–2003	Oberarzt an der Medizinischen Klinik I des St. Josef-Hospitals, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum (Leitung Prof. Dr. W. E. Schmidt)
Seit 2003	Leitender Oberarzt und Leiter der Ambulanzen für Endokrinologie und Diabetes an der Medizinischen Klinik IV, Eberhard-Karls-Universität Tübingen (Leitung Prof. Dr. H.-U. Häring)
2005	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Seit 2006	Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Mitgliedschaften in klinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:

American Diabetes Association (ADA)

European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Berufsverband deutscher Diabetologen (BDD)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)

Qualifikationen:

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

Forschung:

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

Stipendien und Preise:

Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes

Stipendiat des Boehringer-Ingelheim-Fonds für medizinische Grundlagenforschung

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten Posterpreis

Galileo Innovators in Diabetes and Metabolic Syndrome Award

Werner-Creutzfeldt-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Walter Siegenthaler Preis der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, Thieme Verlag, Stuttgart

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stephan Jacob
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Herz der
DDG, niedergelassener Diabetologe aus Villingen-Schwenningen



Vorklinik an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; klinisches Studium an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; praktisches Jahr an der University of California, San Diego (USA);
Städtisches Krankenhaus Mannheim, Fakultät für Klinische Medizin, Mannheim; Approbation als
Arzt; Amerikanisches Medizinisches Examen; Facharzt für Innere Medizin; Habilitation; Diabetologe
DDG; Ernährungsmediziner, Clinical Hypertension Specialist ESH (European Society of
Hypertension; Specialist Certification of Obesity Professional Education in Europe (SCOPE),
Founding Fellow, Hypertensiologe DHL (Deutsche Hochdruckliga); Ernennung zum
außerplanmäßigen Professor an der Universität Tübingen; Facharzt für
Endokrinologie/Diabetologie; kardiovaskulärer Präventivmediziner DGPR (Deutsche Gesellschaft
für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen)

Assistenzarzt an der Schwerpunktambulanz der LVA Baden, Innere Medizin, Stadtklinik Baden-Baden;
wissenschaftlicher Angestellter der IV. Medizinischen Klinik der Eberhard Karls Universität
Tübingen; Ärztlicher Direktor der Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld; Gastprofessur University of
Sydney, Department of Obesity and Nutrition; seit 2007 niedergelassen in privater Praxis für
Prävention und Therapie, Aufbau des Kardio-Metabolischen Institutes in Villingen-Schwenningen

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft (AG) Diabetes und Herz der DDG; Mitglied der AG Prävention
und Versorgung von DiabetesDE; Mitglied der Kommission Diabetes und Hypertonie der DHL
(Deutsche Hochdruckliga); Regionalbeauftragter der DHL; Beirat „Diabetes, Stoffwechsel und Herz“;
Co-Editor of Cardiovascular Endocrinology

Mitglied in den Fachgesellschaften: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft
für Endokrinologie (DGE), Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Künstliche Ernährung (DAKE),
Deutsche Gesellschaft für Adipositasforschung, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE),
Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislauf-
Forschung, Wissenschaftliche Sektion der Deutschen Hochdruckliga, Deutsche Gesellschaft für
Prävention und Rehabilitation (DGPR)

Curriculum Vitae

Manfred Krüger

Landesbeauftragter für Pharmazeutische Betreuung und AMTS;
Apothekerkammer und Apothekerverband Nordrhein;
EADV-Kommission DDG/BAK; Vorstand AG Prävention DDG



Manfred Krüger studierte von 1972 bis 1976 Pharmazie an der Universität Bonn, Approbation 1977 und ist seitdem Leiter der Linner-Apotheke in Krefeld.

1991 erwarb er die Anerkennung als Fachapotheker für Offizin-Pharmazie,
1992 den Fachapotheker für theoretische und praktische Ausbildung und
1998 den Fachapotheker für Pflegeversorgung.

Seit 1995 ist er Landesbeauftragter für Pharmazeutische Betreuung und AMTS
(Arzneimitteltherapiesicherheit) der Kammer und des Verbandes Nordrhein.

Er ist seit 1999 Mitglied der Koordinierungskommission Diabetes der BAK und DDG (EADV), seit
2001 Mitglied der DDG und der AG Prävention der DDG (Vorstand).

Seit 2002 Tutor und Dozent im Bereich „Klinische Pharmazie“ der Pharmazeutischen Fakultäten der
Universitäten Bonn und Düsseldorf.

**Pressekonferenz zur
10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Termin: Freitag, 11. November 2016, 12.15 bis 13.15 Uhr

Ort: Presse Center West, NCC West, Ebene 1, Raum Madrid

Anschrift: NCC Nürnberg Convention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

„Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten“

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

- Professor Dr. med. Klaus Badenhoop
- Professor Dr. med. Baptist Gallwitz
- Professor Dr. med. Stephan Jacob
- Manfred Krüger

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail-Adresse:	Unterschrift:

**Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: deckert@medizinkommunikation.org
oder per Fax an 0711/8931-167.**

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung 2016
Anne-Katrin Döbler/Julia Hommrich/Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-423 und -309
Telefax: 0711 8931-167
hommrich@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

**Am 11. und 12.11.2016 vor Ort in
Nürnberg**

Presse Center West, NCC West, Ebene 1
Telefon: 0911 8606-6747