

Pressekonferenz im Vorfeld der 10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Donnerstag, 3. November 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

„Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten“

Themen und Referenten:

Highlights der Diabetes Herbsttagung 2016 – Diabetes und Familie

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 Zukunft der Diabetologie: Diabetes erkennen, Versorgung verbessern, Nachwuchs fördern!

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

Vizepräsident und Mediensprecher der DDG,

Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Den „Kinderschuhen“ entwachsen: Menschen mit Typ-1-Diabetes beim Übergang von der Pädiatrie in die Diabetologie für Erwachsene begleiten

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG; Diabetes-Zentrum Mergentheim, Bad Mergentheim; Koordinator der Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“

Erfahrungen aus dem Berliner Transitionsprogramm

Dr. med. Silvia Müther

Leiterin des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin | Westend,
Vorstandsvorsitzende Berliner Transitionsprogramm e. V.

Autofahren mit Diabetes – keine relevant erhöhten Risiken

Oliver Ebert

Vorsitzender des Ausschusses Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Rechtsanwalt und Fachanwalt für IT-Recht aus Stuttgart

Höchstleistung trotz Diabetes: Akzeptanz und Brillanz in Beruf und Freizeit

Stefanie Blockus

Redakteurin „Blood Sugar Lounge“, Hannover; Redakteurin bei www.diabetes-leben.com

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 im Vorfeld der
10. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Termin: Donnerstag, 3. November 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

„Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten“

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Zahlen und Fakten zu Diabetes mellitus und der Fachgesellschaft DDG

Lebensläufe der Referenten

Übersicht Pressekonferenz der Herbsttagung, 11. November in Nürnberg

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 NürnbergConvention Center, Eingang NCC West, Messezentrum, 90471 Nürnberg

Diabetes mellitus vorbeugen, früh erkennen und erfolgreich behandeln

Berlin/Nürnberg, 3. 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 NürnbergConvention Center in Nürnberg statt.

„Diabetes mellitus beeinflusst neben dem Betroffenen selbst immer auch die Familie“, sagt Professor Dr. med. Klaus Badenhoop, 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 Badenhoop. 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.

Eröffnet wird die Diabetes Herbsttagung am Freitag, den 11. November 2016, um 10.45 Uhr im NCC NürnbergConvention Center, die Vorträge beginnen jedoch schon um 9.00 Uhr! Das Tagungsprogramm ist im Internet unter www.herbsttagung-ddg.de abrufbar. Interessierte können sich dort direkt online anmelden.

Terminhinweise:

Kongress-Pressekonferenz in Nürnberg

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

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

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

Eröffnungsveranstaltung

am Freitag, den 11. November 2016

10.45 bis 12.00 Uhr, Frankenhalle 1/3, NCC NürnbergConvention Center

Informationen und Programmübersicht im Internet:

10. Herbsttagung der DDG

11. bis 12. November 2016, NCC NürnbergConvention Center

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

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

Berlin/Nürnberg, 3. 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

Stoffwechsellentgleisungen und Folgeerkrankungen vorbeugen:

Junge Menschen mit Typ-1-Diabetes von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin begleiten

Berlin/Nürnberg, 3. November 2016 – In Deutschland sind etwa 30 500 Kinder und junge Erwachsene unter 19 Jahren an Diabetes Typ 1 erkrankt. Diabetes mellitus ist hierzulande die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter. Gut eingestellt können Menschen mit Typ-1-Diabetes ein Leben ohne Einschränkungen führen. Doch beim Übergang (der Transition) von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin kommt es häufig zu Versorgungslücken. Einer Studie zufolge gelingt 40 Prozent der Betroffenen dieser Transfer nicht: Die ärztliche Betreuung findet nur noch sporadisch, in manchen Fällen gar nicht mehr statt. Das „Berliner Transitionsprogramm“ (BTP) soll den Übergang junger chronisch Kranker in die Erwachsenenmedizin verbessern. Es ist das erste seiner Art und dient als Vorlage für ein bundesweit einheitliches Transitionskonzept. Auch in Bad Mergentheim entsteht derzeit ein Konzept für junge Menschen mit Typ-1-Diabetes.

Die Transition von der pädiatrischen in die internistische Diabetesbetreuung trifft junge Menschen mit Diabetes Typ 1 im Alter von 16 bis 21 Jahren. „Diese Lebensphase mit tiefgreifenden Veränderungen wie zum Beispiel Ausbildungsbeginn, erste Liebe oder Auslandsaufenthalte ist schon für stoffwechselgesunde Heranwachsende schwierig“, sagt Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG vom Diabetes-Zentrum Mergentheim in Bad Mergentheim. „Aber junge Menschen mit Typ-1-Diabetes belastet zusätzlich die Suche nach neuen Ärzten, das Koordinieren und Einhalten von Terminen und die geringere Betreuung und Fürsorge als beim Kinderarzt.“ Vielen gelinge es nicht, die kontinuierliche Betreuung in der Erwachsenenmedizin aufrechtzuerhalten. Folgeerkrankungen und Komplikationen können Jahre später die Konsequenz sein. „Einer Studie zufolge verlieren 40 Prozent der Patienten mit Diabetes Typ 1 nach dem Transfer in die Erwachsenenmedizin den Kontakt zur diabetologischen Betreuung“, erklärt Dr. med. Silvia Müther, Leiterin des

Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin | Westend. „Auch das Risiko für eine schlechtere Blutzuckereinstellung steigt nach dem Transfer deutlich an. In einer anderen Studie wiesen Jugendliche nach dem Transfer ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für einen schlechteren Langzeitblutzuckerwert auf als jene, die noch pädiatrisch behandelt wurden“, ergänzt Dr. Mütter.

Das „Berliner Transitionsprogramm“ (BTP), ein Projekt der DRK Kliniken Berlin, das gemeinsam mit dem IGES Institut mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung entwickelt wurde, hat sich zum Ziel gesetzt, den Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin für chronisch Kranke zu verbessern. Das BTP ist das erste seiner Art, das von den Krankenkassen finanziert wird und inzwischen bundesweit angeboten wird. Kernelement des Programms ist ein zentrales Fallmanagement, das durch speziell qualifizierte Mitarbeiter den Transitionsprozess über den gesamten Zeitraum von zwei Jahren steuert. Auch in der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim entsteht derzeit ein spezielles, interdisziplinäres, multimodales, stationäres Interventionskonzept für diese Zielgruppe. Professor Kulzer und Dr. med. Silvia Mütter erörterten das Thema am 3. November in Berlin im Rahmen der Pressekonferenz im Vorfeld der 10. Diabetes Herbsttagung und stellten neueste Erkenntnisse dazu vor.

Das Programm der Diabetes Herbsttagung 2016 ist im Internet unter www.herbsttagung-ddg.de abrufbar.

Quellen:

1. Pai A. L. H., Ostendorf H. M. (2011): Treatment adherence in adolescents and young adults affected by chronic illness during the health care transition from pediatric to adult health care: A literature review. *Children's Health Care* 40(1), S. 16–33.
2. Van Walleghem N., MacDonald C. A., Dean H. J. (2011): The Maestro Project: A Patient Navigator for the Transition of Care for Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 24(1), S. 9–13.
3. Lotstein D. S. et. al. (2013): Transition From Pediatric to Adult Care for Youth Diagnosed With Type 1 Diabetes in Adolescence. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 131(4): e1062-70. 25. März 2013 [vorab elektronisch veröffentlicht] DOI: 10.1542/peds.2012-1450.

Terminhinweise:

Kongress-Pressekonferenz in Nürnberg

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

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

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

Eröffnungsveranstaltung

am Freitag, den 11. November 2016

10.45 bis 12.00 Uhr, Frankenhalle 1/3, NCC NürnbergConvention Center

Highlights der Diabetes Herbsttagung 2016 – Diabetes und Familie

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

Seit nunmehr zehn Jahren zieht die DDG Herbsttagung, die sich traditionell der diabetologischen Praxis widmet, eine stetig wachsende Zahl an Teilnehmern an. Die zehnte Diabetes Herbsttagung 2016 hat den Themenschwerpunkt Diabetes und Familie: Vorbeugen – Erkennen – Entlasten.

Familiärer Diabetes: frühzeitig Risiko erkennen und rechtzeitig behandeln

In Deutschland sind 300 000 bis 400 000 Menschen von Typ-1-Diabetes und mehr als sechs Millionen von einem Typ-2-Diabetes betroffen. Unter ihnen sind viele mit einer familiären Belastung: Während in circa 15 Prozent der Typ-1-Diabetes familiär gehäuft ist, sind es nahezu die Hälfte aller Fälle bei Typ-2-Diabetes. Selten kann ein Diabetes durch einen erblichen Programmierfehler verursacht sein, dann liegt eine monogenetische Stoffwechselstörung vor. Diese wird durch eine molekulargenetische Analyse nachgewiesen. Für die Betroffenen kann daraus unter Umständen eine einfachere Therapie resultieren.

Die Rolle der Familie für das Leben mit Diabetes

Obwohl die Behandlung des Diabetes immer besser und einfacher wird, ist die Diagnose für Betroffene und ihre Angehörigen einschneidend. Hierbei erleichtert eine familiäre Unterstützung den Umgang mit der Erkrankung. Bei Diabetes im Kindesalter sind die Familien in der Hauptverantwortung. Neue Konzepte der Schulung und der psychologischen Unterstützung stärken die Familien in dieser Situation.

Weitere Highlights: Fortschritte in der diabetologischen Praxis:

Typ-1-Diabetes

Bis jetzt wird die Krankheit durch regelmäßiges Messen des Blutzuckers und fein dosierte Insulingaben symptomatisch behandelt. Hier hat die Diabetestechnologie große Fortschritte gemacht: Die kontinuierliche Glukosemessung im Gewebe erlaubt eine noch bessere Insulinpumpentherapie („Insulinpumpentherapie für Einsteiger“, „Insulinpumpentherapie für Fortgeschrittene“).

Darüber hinaus lassen neue Ergebnisse zu GLP-1-Analoga erwarten, dass die körpereigene Insulinrestsekretion stabilisiert werden kann, was wiederum die Patienten vor

Langzeitkomplikationen schützen könnte (Vortrag Dr. Bergis, Symposium „Neue Wirkungen der GLP1-Analoga“). Ein funktioneller Ausgleich des Insulinmangels kann durch Transplantation einer Bauchspeicheldrüse (zum Beispiel bei kombinierter Nieren- und Pankreastransplantation) erfolgen. Die Ergebnisse dieser kombinierten Transplantation sind sehr erfolgversprechend (Vortrag Professor Bechstein, Symposium „Diabetes und Niere“). Hier sind die Transplantationschirurgen darauf angewiesen, mehr Spenderorgane zu bekommen.

Typ-2-Diabetes

Auch bei der Therapie des Typ-2-Diabetes werden nicht nur die Glukosewerte, sondern die besseren Therapiekonzepte zur Prophylaxe der Langzeitkomplikationen beachtet (Berücksichtigung von Endpunktstudien). In mehreren Symposien werden die Optionen zur individuell maßgeschneiderten Diabetestherapie im Hinblick auf die Vermeidung und Behandlung der diabetesbedingten Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen diskutiert.

Notfallsituationen bei Diabetes

Medizinische Notfälle sind nicht selten diabetesbedingt, überwiegend durch Unterzuckerungen. Eine verbesserte Schulung von Laienhelfern, Rettungskräften und Notärzten soll dazu beitragen, die Patienten rascher in den ambulanten Alltag zu integrieren und medizinische Ressourcen maßvoll einzusetzen (Symposium „Diabetesnotfälle in Familie, Schule, Arbeitsplatz und Umfeld“).

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2016

Die Zukunft der Diabetologie: Diabetes erkennen, Versorgung verbessern, Nachwuchs fördern!

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Vizepräsident und Pressesprecher der DDG, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Diabetes ist eine häufige, komplexe und chronische Krankheit, die das Leben nicht nur der Betroffenen, sondern auch ihr Umfeld und insbesondere das der Familie betrifft. Daher begrüßen wir das diesjährige Motto der DDG Herbsttagung: Diabetes und Familie.

Der Blick in die Zukunft zeigt unter anderem die folgenden Themen:

- Wie können wir die Früherkennung aller Diabetes-Formen verbessern, um durch frühe und effektive Intervention Multimorbidität zu verhindern?
- Wie können wir die Versorgung der Patienten mit Diabetes interdisziplinär, transsektoral und flächendeckend verbessern?
- Wie können wir Nachwuchs für die Diabetologie gewinnen und fördern?

Die **Dunkelziffer** des Diabetes ist sehr hoch und bestimmt aber die Prognose, zum Beispiel der Herzerkrankung. So ist die kardiovaskuläre Sterblichkeit eines Menschen mit koronarer Herzerkrankung circa doppelt so hoch, wenn er einen Diabetes hat. Die Sterblichkeit nach fünf Jahren liegt bei circa 80 Prozent, wenn er eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz) entwickelt; damit ist die Prognose schlechter als die vieler Krebsarten.

Neue **Therapiemöglichkeiten**, die auch die kardiovaskuläre Prognose verbessern, zeigen, wie wichtig es ist, den richtigen Patienten effektiv und differenziert zu behandeln. Das heißt, auch Patienten mit Typ-2-Diabetes und komplexen Begleiterkrankungen gehören mitbehandelt durch einen Spezialisten. Der Diabetologe als Spezialist ist gefragt und muss auch unter anderem die Menschen mit Diabetes in der Schwangerschaft betreuen, die Kinder mit Typ-1-Diabetes, die Patienten mit diabetischem Fußsyndrom, chronischer Nierenerkrankung und intensivierter Insulintherapie. Die größte Gefahr für Betroffene ist die mögliche Bagatellisierung der Erkrankung!

In diesem Sinne gehört auch dazu, dass die Diabetes-Versorgung im Krankenhaus strukturiert gesichert wird, sie darf nicht der **Ökonomisierung** zum Opfer fallen; „sprechende Medizin“ muss adäquat vergütet werden, eine Forderung der DDG an die Politik!

Digitalisierung soll helfen, die ärztliche Fürsorge für den Patienten nicht abzuschaffen, sondern mit mehr Zeit zu beleben und spezialisierte Kompetenz in die Versorgungsfläche zu bringen. Digitalisierung nicht als Gefahr, sondern als Hilfe für eine empathische Beziehung zwischen Arzt, Patient und Familie.

Dies insgesamt macht den Bereich Diabetologie nicht nur in der Forschung, sondern auch in Klinik und Versorgung interessant, offenbart **berufliche Perspektiven** und die DDG fördert bereits gezielt unter anderem durch Mentoren-Programme junge interessierte Kolleginnen und Kollegen.

Diese und andere Themen diskutiert und bearbeitet die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) zusammen mit diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe, dem Bundesverband Niedergelassener Diabetologen (BVND), dem Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen (BVKD), dem Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD), der Patientenorganisation Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDHM) und dem Wissenschaftlichen Institut der niedergelassenen Diabetologen (winDiab) zurzeit und verfasst ein Strategiepapier „Diabetologie 2025“ hierzu, welches bei der Herbsttagung vorgestellt und diskutiert werden wird.

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

Den „Kinderschuhen“ entwachsen: Menschen mit Typ-1-Diabetes beim Übergang von der Pädiatrie in die Diabetologie für Erwachsene begleiten

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG; Diabetes-Zentrum Mergentheim, Bad Mergentheim; Koordinator der Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“

Weltweit hat sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes in den letzten 25 Jahren verdoppelt und es wird angenommen, dass die Zahl in den nächsten 15 bis 20 Jahren auch in demselben Maße zunehmen wird. Diese Entwicklung ist auch in Deutschland zu beobachten. Aktuell leben in Deutschland circa 17 500 Kinder im Alter von null bis 14 Jahren mit einem Typ-1-Diabetes und circa 13 000 Jugendliche in der Altersgruppe von 14 bis 19 Jahren. Somit sind insgesamt circa 30 500 Kinder und Jugendliche von einem Typ-1-Diabetes betroffen – die natürlich älter werden und dann von diabetologischen Einrichtungen für Erwachsene betreut werden. Über die Zahl der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 30 Jahren, die sich in der postadoleszenten Phase befinden, gibt es keine verlässlichen Zahlen in Deutschland. Sicher ist jedoch, dass diese in Bezug auf den Diabetes eine besondere Risikogruppe darstellen.

Während die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der Regel beim Pädiater – zumeist in speziellen kinder- und jugendspezifischen diabetologischen Ambulanzen – erfolgt, werden junge Erwachsene ab 18 Jahren in diabetologischen Einrichtungen für Erwachsene – zumeist diabetologischen Schwerpunktpraxen – behandelt. Damit verbunden ist auch ein anderer Fokus der Behandlung, der in der Kinder- und Jugenddiabetologie ganzheitlich, interdisziplinär und familienfokussiert ist. Sie zielt vor allem darauf ab, Kindern und Jugendlichen eine gute Starthilfe für den lebenslangen Umgang mit dem Diabetes zu geben und diesen bestmöglich in das Familienleben zu integrieren. In der Erwachsenenenddiabetologie geht man hingegen von einem autonomen Menschen aus, der vom Diabetesteam Empfehlungen bekommt, beraten und geschult wird, aber von dem erwartet wird, dass dieser eigene, selbstverantwortliche Entscheidungen hinsichtlich seiner Therapie trifft.

Lebenswelten junger Erwachsener erschweren die Diabetestherapie

Diesen Anforderungen können nicht alle jungen Erwachsenen gut gerecht werden, da sie in der Phase nach der Pubertät ihren Diabetes oft erstmals gänzlich ohne Unterstützung ihrer Eltern behandeln müssen und zugleich mit mannigfachen Anforderungen in ihrem Leben – wie zum Beispiel beruflicher oder akademischer Ausbildung, Ortswechsel, Beziehungen, Freundschaften – konfrontiert werden, die die Umsetzung der Therapie erschweren. Aufgrund anderer Lebensprioritäten, einem oft nicht regelmäßigen Lebensrhythmus und einem auch nicht selten riskanten Lebensstil in Hinblick auf den Diabetes, hat die Behandlung des Diabetes oft nicht den Stellenwert, den er haben sollte. Daher sind junge Erwachsene hinsichtlich der Kontinuität der diabetologischen Behandlung, den Ergebnissen der glykämischen Kontrolle, Akutkomplikationen, aber auch Risikofaktoren für die Entwicklung von Folgeerkrankungen eine besondere

diabetologische Risikogruppe. Daher wird in den internationalen wie auch nationalen Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) gefordert, dass die Transition von der pädiatrischen in die internistische Diabetesbetreuung in dieser Lebensphase voller Umbrüche begleitet werden sollte (zum Beispiel Übergangssprechstunden, strukturierte pädiatrisch-internistische Transition oder Ähnliches).

Schlechte Blutzuckereinstellung

Im Verlauf eines Lebens mit Typ-1-Diabetes haben Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene in dieser Phase häufig die schlechteste Stoffwechseleinstellung, was bereits seit den Ergebnissen der bekannten DDCT-Studie (Diabetes Control and Complications Trial) aus den 1990er-Jahren bekannt ist. Eine aktuelle Analyse von 16 000 Personen mit Typ-1-Diabetes aus Amerika kam zu dem Ergebnis, dass im Durchschnitt der HbA1c in der Lebensspanne zwischen dem fünften Lebensjahr und dem Alter von 32 Jahren deutlich zu hoch ist und erst danach die von Diabetologen empfohlene obere Grenze des HbA1c von 7,5 Prozent erreicht wird. In Deutschland sind fast alle Kinder und Jugendlichen in einem speziellen Register erfasst (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation – DPV). Es zeigt sich, dass die Behandlungsqualität im internationalen Vergleich gut ist. Aber auch in Deutschland werden im Durchschnitt ab dem zehnten Lebensjahr nicht HbA1c-Werte unter 7,5 Prozent erreicht und es dauert bis zum 26. Lebensjahr, bis der Grenzwert von 7,5 Prozent wieder unterschritten wird.

Akutkomplikationen

Bekannt ist auch, dass die Gruppe junger Erwachsener ein deutlich erhöhtes Risiko für schwere Unterzuckerungen und lebensbedrohliche Ketoazidosen aufweist. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass in Studien kein Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Diabetes in Bezug auf altersgemäße riskante Verhaltensweisen (zum Beispiel Alkohol-, Drogenkonsum, hohe Geschwindigkeiten beim Autofahren, Windskiten, Klettern et cetera) gefunden wird, diese jedoch bei Menschen mit Diabetes mit einem potenziell erhöhten Gefährdungspotenzial verbunden sind. So ist beispielsweise Drogenkonsum bei jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes mit einem bedeutsam erhöhten Risiko für tödliche Ketoazidosen assoziiert, während exzessiver Alkoholgenuss das Risiko für schwere prolongierte Unterzuckerungen erhöht.

Psychische Komorbidität

Besonders Depressionen kommen bei Diabetes etwa doppelt so häufig vor wie in der Allgemeinbevölkerung. Diese treten besonders in der Zeit der Spätadoleszenz auf, einer Zeit mit mannigfachen Entwicklungsaufgaben zum selbstbestimmten Leben. Ebenfalls weitverbreitet sind bei jungen Frauen mit Diabetes subklinische wie auch klinische Essstörungen. Diese treten etwa 2,5-fach häufiger auf als bei jungen Frauen ohne Diabetes. Sowohl Depressionen als auch

Essstörungen haben in Bezug auf den Verlauf des Diabetes starke negative Auswirkungen und sollten daher früh erkannt und behandelt werden.

Diskontinuierliche Betreuung

Erschwerend kommt dazu, dass nicht wenige junge Erwachsene nach der Zeit der Pädiatrie keinen festen Ansprechpartner für die Diabetestherapie mehr haben, da sie aktiv keinen Diabetologen aufsuchen oder zu selten regelmäßige Termine bei einem sie jetzt betreuenden Diabetesteam wahrnehmen. Diese Problematik wird weltweit in der Literatur als eine klassische Problemsituation in der Transition von der pädiatrischen in die internistische Diabetesbetreuung beschrieben. Junge Patienten mit Diabetes, die sich nicht in einer kontinuierlichen Betreuung befinden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine schlechtere Blutzuckereinstellung, Akut- wie Folgekomplikationen. Daher gibt es eine Reihe von Ansätzen – wie das Berliner Transitionsprogramm –, welche sich bemühen, den Übergang in die Erwachsenenendokrinologie besser zu ermöglichen.

Hilfen für junge Erwachsene mit Diabetes

In einem Positionspapier führender pädiatrischer Organisationen unter Federführung der Amerikanischen Diabetes-Gesellschaft (ADA) wird empfohlen, bereits ein Jahr vor der Transition mit den Jugendlichen und deren Eltern über den Übergang zur Erwachsenenmedizin zu sprechen, diese in speziellen Schulungen auf diese neue Lebensphase vorzubereiten und einen speziellen Bericht über die bisherige Behandlung, Schwierigkeiten und Wünsche der Betroffenen anzufertigen, der den Übergang in die neue Betreuungsform erleichtert. Um die Transition zu erleichtern, wird vorgeschlagen, gemeinsam mit dem Patienten eine neue Betreuungsform zu finden oder in Form von „Transitions-Managern“ diesen Prozess zu erleichtern und auch längerfristig zu monitoren. Bislang fehlen jedoch in Deutschland strukturierte Ansätze für junge Erwachsene mit Typ-1-Diabetes, die Schwierigkeiten mit ihrem Diabetes-Selbstmanagement aufweisen. In der Diabetes-Klinik Bad Mergentheim entsteht aktuell ein spezielles, interdisziplinäres, multimodales, stationäres Interventionskonzept für diese Zielgruppe, dessen Fokus auf speziellen Schulungsinhalten für die jungen Erwachsenen, einem geleiteten Erfahrungsaustausch, der Entwicklung von Problemlösefähigkeiten, dem Einsatz neuer Technologien und der Erarbeitung eines individuellen Behandlungsplanes („Mein Projekt, mein Ding mit Diabetes“) liegt.

Literatur:

Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, Green A, Soltész G. EURODIAB Study Group. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicentre prospective registration study. *Lancet* 2009;373:2027–2033.

Bendas A, Rothe U, Kiess W, et al. Trends in Incidence Rates during 1999–2008 and Prevalence in 2008 of Childhood Type 1 Diabetes Mellitus in GERMANY – Model-Based National Estimates. Obukhov AG, ed. PLoS ONE. 2015;10(7):e0132716. doi:10.1371/journal.pone.0132716.

Peters A et al. and the American Diabetes Association Transitions Working Group. Diabetes Care for Emerging Adults: Recommendations for Transition From Pediatric to Adult Diabetes Care Systems. Diabetes Care 2011 Nov; 34(11): 2477-2485.

Neu A et al. Deutsche Diabetes Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter 2015. www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de.

Acerini C, Craig ME, de Beaufort C, Maahs DM, Hanas R: Introduction to ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Pediatric Diabetes, Volume 15, Supplement 20, 1–290, 2014.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. J Pediatr 1994; 125:177-88, EK Ib.

Karges B, Rosenbauer J, Kapellen T, Wagner VM, Schober E, Karges W, Holl RW for the DPV-Initiative and the German BMBF Competence Network Diabetes mellitus: Hemoglobin A1c levels and risk of severe hypoglycemia in children and young adults with type 1 diabetes from Germany and Austria: A trend analysis in a cohort of 37 539 patients between 1995 and 2012. PLoS Medicine, 2014; 11(10):e1001742.

Rewers A, Chase HP, Mackenzie T, et al. Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. JAMA 2002; 287(19):2511–2518.

Livingstone SJ, Levin D, Looker HC, et al. Estimated Life Expectancy in a Scottish Cohort With Type 1 Diabetes, 2008–2010. JAMA. 2015;313(1):37-44. doi:10.1001/jama.2014.16425.

Busse FP, Hiermann P, Galler A, et al. Evaluation of patients' opinion and metabolic control after transfer of young adults with type 1 diabetes from a pediatric diabetes clinic to adult care. Horm Res 2007;67(3):132-138.

Weissberg-Benchell J, Wolpert H, Anderson BJ. Transitioning from pediatric to adult care: a new approach to the post-adolescent young person with type 1 diabetes. Diabetes Care 2007;30(10):2441-2446.

Levy-Shraga Y, Elisha N, Ben-Ami M, Boyko V, Lerner-Geva L, Ziv T, Konvalina N, Cohen O, Pinhas-Hamiel O. Glycemic control and clinic attendance of emerging adults with type 1 diabetes at a transition care clinic. Acta Diabetol 2015; doi: 10.1007/s00592-015-0734-z.

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

Das Berliner TransitionsProgramm: ein struktureller Lösungsansatz für ein altes Problem

Dr. med. Silvia Müther, Leiterin des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin | Westend, Vorstandsvorsitzende Berliner TransitionsProgramm e. V.

Chronische Erkrankungen spielen in der Kinder- und Jugendmedizin eine erhebliche und zunehmend wichtigere Rolle und stellen für die betroffenen Patienten, ihre Familien und das medizinische Versorgungssystem eine große Herausforderung dar. Die Anzahl der chronisch kranken Menschen ist seit etlichen Jahren im Steigen begriffen, nicht zuletzt wegen der Fortschritte der Medizin, die immer mehr Menschen auch bei schweren Grundkrankheiten ein Weiterleben ermöglicht, wenn auch um den Preis chronischer Einschränkungen ihrer Gesundheit und eines lang dauernden Bedarfs besonderer Unterstützung.

Für die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 gibt es in Deutschland im Kinder- und Jugend- wie auch im erwachsenenmedizinischen Bereich ausreichend qualifizierte Betreuungseinrichtungen. Es liegen sowohl für den Kinder- und Jugendbereich als auch für die Erwachsenenmedizin anerkannte und evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung und Betreuung vor. Ziel in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 ist es, eine diabetesbedingte Verminderung der Lebensqualität zu vermeiden. Die Therapie ist darauf ausgerichtet, zum einen akute Stoffwechsellentgleisungen in Form von schweren Hypoglykämien und Ketoazidosen zu reduzieren und zum anderen das Risiko für diabetesbezogene Folgeschäden zu reduzieren. **Die Deutsche Diabetes Gesellschaft empfiehlt daher die kontinuierliche Betreuung des Patienten in einer spezialärztlichen Einrichtung.**

In der Versorgungsrealität gelingt es Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes jedoch häufig nicht, diese kontinuierliche Betreuung in der Erwachsenenmedizin aufrechtzuerhalten [1]. Einer Studie von van Wallegghem und Mitarbeitern zufolge verlieren 40 Prozent der Patienten mit Diabetes Typ 1 nach dem Transfer in die Erwachsenenmedizin den Kontakt zur Spezialmedizin [2]. Auch das Risiko für eine schlechtere glykämische Kontrolle steigt nach dem Transfer deutlich an. In einer anderen Studie wiesen die Jugendlichen nach dem Transfer ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für eine schlechte Blutzuckereinstellung (HbA1c-Wert größer als neun Prozent) auf als Jugendliche, die noch in der pädiatrischen Versorgung verblieben waren [3].

Neben dem persönlichen Leid hat das Thema auch ökonomische Bedeutung. Bei Patienten mit Diabetes wird davon ausgegangen, dass sich die Behandlungskosten bei schlecht eingestellter Therapie wegen akuter und chronischer Komplikationen verdoppeln und zusätzlich weitere indirekte Krankheitskosten durch Störung der sozialen und beruflichen Entwicklung und berufliche Ausfallzeiten entstehen können [4].

Dieses Thema betrifft nicht nur Menschen mit Diabetes, sondern letztendlich alle Menschen mit einem besonderen medizinischen Versorgungsbedarf. Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) leben 38,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland mit einer chronischen Gesundheitsstörung. 13,7 Prozent aller Kinder haben einen besonderen, zusätzlichen Bedarf an Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung – in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen sind es sogar 15,8 Prozent [5]. Derzeit leben circa 30 000 Kinder und Jugendliche mit Diabetes in Deutschland. Die pädiatrische Betreuung endet in der Regel mit dem 18. Geburtstag, sodass jedes Jahr circa 1 500 Jugendliche die Betreuungseinrichtung wechseln müssen.

Im Rahmen von Einzelinitiativen sind in verschiedenen Regionen lokale Aktivitäten entstanden, die einen geregelten Übergang in eine spezialisierte Erwachsenenmedizin ermöglichen. Generelle, im Versorgungssystem verankerte Lösungen wurden bisher aber nicht etabliert, was nicht zuletzt auch daran liegt, dass es keine geregelte Finanzierung transitionsspezifischer Leistungen gibt. Das Berliner Transitionsprogramm (BTP) setzt an dieser Versorgungslücke an. Es handelt sich um eine Matrix für eine Versorgungsstruktur, die für *unterschiedliche Patientengruppen* eine geregelte und von den Kostenträgern finanzierte Transition von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin ermöglicht. Ein integrierter Versorgungspfad ist der „Fahrplan“ des Transitionsprozesses. Darin sind die zeitlichen Abläufe und wichtigen Meilensteine definiert. Der Versorgungspfad strukturiert den Ablauf und die Aufgabenverteilung aller Akteure und definiert bislang in der Regelversorgung nicht vorgesehene transitionsspezifische Leistungen (T(ransitions)-Gespräche, gemeinsame Sprechstunde, Fallkonferenzen, strukturierte Epikrise). Kernelement des Programms ist ein zentrales Fallmanagement, das durch speziell qualifizierte Mitarbeiter den Transitionsprozess über den gesamten Zeitraum von zwei Jahren steuert. Es dokumentiert und sichert den Informationsfluss, koordiniert Termine und die vorgesehenen Maßnahmen und dient als Ansprechpartner für alle Beteiligten. Die Kontakte zu den Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen und, falls erforderlich, ihren Eltern finden ausschließlich über Briefkontakte und elektronische Medien statt (E-Mail, SMS, Telefon, App). Konzeption und Prozesse des BTP sind in einem Handbuch ausführlich dokumentiert und als Open Assess kostenfrei erhältlich (EPUB ISBN 978-3-11-043279-4).

Die Entwicklung des BTP wurde durch die Förderung der Robert Bosch Stiftung und der DRK Kliniken Berlin ermöglicht. Inhalte, struktureller Ablauf, Materialien und Dokumentationssystem wurden nach ausführlicher Analyse des internationalen Forschungsstandes und in Vertiefung mit Fokusgruppen entwickelt und exemplarisch an den Krankheitsbildern des Diabetes mellitus Typ 1 und der Epilepsieerkrankungen von 2007 bis 2011 erprobt. Die Pilotphase erfolgte in

Zusammenarbeit mit den Krankenkassen AOK-Nordost, der Techniker Krankenkasse (TK) und der Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union (BKK VBU).

Inzwischen wird das BTP bundesweit angeboten und umfasst neben der Indikation Diabetes Typ 1 noch weitere Diagnosen (Epilepsie, chronische Niereninsuffizienz, juvenile rheumatoide Arthritis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, neuromuskuläre Erkrankungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS), endokrinologische und onkologische Erkrankungen). Es ist das erste seiner Art und dient als Vorlage für ein bundesweit einheitliches, durch entsprechende Fachgesellschaften unterstütztes Transitionskonzept. Derzeit nehmen insgesamt 200 Patienten am BTP teil, 79 davon mit Diabetes mellitus Typ 1. Seit 2007 haben 131 Patienten das Programm bereits abgeschlossen. Aktuell sind 115 medizinische Ambulanzen beziehungsweise Praxen Kooperationspartner des BTP, 43 davon sind diabetologische Einrichtungen. Eine Übersicht über beteiligte Spezialambulanzen und Zentren befindet sich auf der Homepage des BTP (<http://www.drk-kliniken-berlin.de/westend/krankenhaus-westend/berliner-transitionsprogramm/>).

2015 hat sich der Verein „Berliner TransitionsProgramm e. V.“ gegründet, um neben der Weiterentwicklung des Programms auch die Entwicklung und Förderung von weiteren regionalen Transitionstellen nach dem Modell des Berliner TransitionsProgramms (BTP) voranzutreiben.

Literaturverweise

1. Pai A. L. H., Ostendorf H. M. (2011): Treatment adherence in adolescents and young adults affected by chronic illness during the health care transition from pediatric to adult health care: A literature review. *Children's Health Care* 40(1), S. 16–33.
2. Van Wallegghem N., MacDonald C. A., Dean H. J. (2011): The Maestro Project: A Patient Navigator for the Transition of Care for Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 24(1), S. 9–13.
3. Lotstein D. S. et. al. (2013): Transition From Pediatric to Adult Care for Youth Diagnosed With Type 1 Diabetes in Adolescence. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 131(4): e1062-70. 25. März 2013 [vorab elektronisch veröffentlicht] DOI: 10.1542/peds.2012-1450.
4. Liebl A., Neiß A., Spannheimer A., Rettberger A., Reitberger U., Wagner T., Görtz A. (2001): Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland. Ergebnisse der CODE-2-Studie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 126(20), S. 585–589.
5. Scheidt-Nave C., Ellert U., Thyen U., Schlaud M. (2008): Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51(6), S. 592–601.

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

Autofahren mit Diabetes – keine relevant erhöhten Risiken

Oliver Ebert, Vorsitzender des Ausschusses Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Rechtsanwalt und Fachanwalt für IT-Recht aus Stuttgart

Das Führen von Kraftfahrzeugen und die Teilnahme am Straßenverkehr sind für viele Menschen elementarer Bestandteil des sozialen und beruflichen Lebens. Die Diabeteserkrankung kann sich auch auf die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen auswirken. Insbesondere unvorhergesehene Unterzuckerungen, aber auch extrem erhöhte Werte können im Einzelfall die Fahrtauglichkeit beeinflussen. Dennoch ist in der Regel davon auszugehen, dass Menschen mit Diabetes trotzdem sicher PKW und LKW fahren können. Allein in Deutschland ist ungefähr jeder zehnte Führerscheininhaber von der Diabeteskrankheit betroffen. Nach derzeitiger Datenlage bestehen jedoch keine Erkenntnisse, die auf ein relevant erhöhtes Risiko hindeuten. Tatsächlich könnte aufgrund einer erhöhten Sorgfalt und Vorsicht dieser Patienten möglicherweise sogar ein geringeres Unfallrisiko bestehen.

Der Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft erarbeitet derzeit eine medizinische Leitlinie zum Thema „Diabetes & Autofahren“ und wertet hierzu den weltweiten Stand der Erkenntnisse zur Unfallproblematik bei Diabetes aus.

Nach aktuellen Zahlen ist in Deutschland von einer absoluten Anzahl von 7,6 Millionen Betroffenen mit Diabetes mellitus auszugehen [Gesundheitsbericht Diabetes (2016), Hrsg: diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), IDF Diabetes Atlas (6th edition) International Diabetes Federation, Brussels, Belgium (2013)], dies dürfte einem Anteil von ungefähr zehn Prozent aller Führerscheininhaber entsprechen [Bestand an allgemeinen Fahrerlaubnissen im Zentralen Fahrerlaubnisregister (ZFER) am 1. Januar 2016 nach Fahrerlaubnisklassen.

http://www.kba.de/DE/Statistik/Kraftfahrer/Fahrerlaubnisse/Fahrerlaubnisbestand/2016_fe_b_dus_l.htm

Bei allen diesen Betroffenen können dauerhaft extrem erhöhte Blutzuckerwerte die Fahreignung beeinträchtigen, beispielsweise durch Konzentrationsstörungen oder temporäre Veränderungen der Sehfähigkeit. Schätzungsweise drei Millionen dieser Patienten werden mit Medikamenten beziehungsweise Insulin behandelt, die sich aufgrund blutzuckersenkender Wirkung auf die Fahreignung auswirken können.

Trotz dieses hohen Anteils an der Gesamtzahl der Führerscheininhaber liegen aber keine Daten vor, die ein relevant erhöhtes Risiko der Teilnahme von Menschen mit Diabetes im Straßenverkehr belegen würden. Eine deutsche Studie [Harsch IA, Stocker S, Radespiel-Tröger M, Hahn EG, Konturek PC, Ficker JH, et al. Traffic hypoglycaemias and accidents in patients with diabetes mellitus treated with different antidiabetic regimens. J Intern Med (GBR). 2002;252(4):352-60.]

ergab, dass sich Unfälle aufgrund von Hypoglykämien nur mit einer Rate von 0,01 bis 0,49 pro 100 000 Kilometer oder 0,007 bis 0,01 pro Jahr ereignen. Dies bedeutet, dass im Mittel ein Unfall infolge einer Unterzuckerung erst nach einer Fahrleistung von circa 400 000 Kilometern beobachtet werden konnte. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine internationale Studie [Cox DJ, Penberthy JK, Zrebiec J, Weinger K, Aikens JE, Frier B, et al. Diabetes and driving mishaps: Frequency and correlations from a multinational survey. *Diabetes Care*. 2003b;26(8):2329-34], in die auch Personen aus Deutschland eingeschlossen wurden. Eine britische Studie [Lonnen KF, Powell RJ, Taylor D, Shore AC, MacLeod KM. Road traffic accidents and diabetes: Insulin use does not determine risk. *Diabetic Med*. 2008;25(5):578-84.], in der eine Gruppe von 2697 Patienten mit Insulintherapie untersucht wurde, belegte dort insgesamt nur eine äußerst geringe Unfallzahl von zehn Verkehrsunfällen.

Auch im Vergleich zu Krankheiten wie ADHS oder Schlafapnoe ist das relative Unfallrisiko bei Diabetes mellitus erheblich geringer [Abrahamian H. Diabetes und Führerschein. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel – Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2014; 7 (1), 6-10].

Daten der Krankenversicherungen zeigen teilweise sogar eine Tendenz zur Reduktion der Arbeitsunfälle bei Menschen mit Diabetes [IKK Bundesverband 2007, unveröffentlicht], weil diese Betroffenen in Kenntnis des Gefahrenpotenzials wohl gesteigerte Aufmerksamkeit und Vorsicht walten lassen. Auch wenn sich hieraus keine direkten Schlüsse auf die Unfallhäufigkeit im Straßenverkehr ableiten lassen, scheint im Kontext der niedrigen Unfallzahlen die Annahme nicht abwegig, dass die Betroffenen auch beim Führen von Kraftfahrzeugen eine gesteigerte Sorgfalt zeigen.

Die von der Bundesanstalt für Straßenwesen herausgegebenen „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ [<http://www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/BLL-Hintergrund.html>] stellen daher auch unmissverständlich klar, dass gut eingestellte und geschulte Menschen mit Diabetes sowohl PKW als auch LKW sicher führen können – dies gilt auch für die Personenbeförderung (Taxis, Omnibus). Voraussetzung ist allerdings, dass Unterzuckerungen rechtzeitig wahrgenommen werden. Kommt es allerdings innerhalb von zwölf Monaten wiederholt im Wachzustand zu einer fremdhilfebedürftigen Hypoglykämie, dann ist davon auszugehen, dass der Patient bis auf Weiteres zunächst nicht mehr am Straßenverkehr teilnehmen darf. Der behandelnde Arzt muss hierüber aufklären und aus medizinischer Sicht ausdrücklich vom Autofahren abraten. Fährt der Patient in Kenntnis dieser gesundheitlichen Einschränkungen, dann droht eine Strafbarkeit aus § 315c StGB (Gefährdung des Straßenverkehrs). Eine Teilnahme am Straßenverkehr ist jedoch wieder möglich, sobald eine hinreichende Stabilität der Stoffwechsellage sowie eine zuverlässige Wahrnehmung von Hypoglykämien sichergestellt sind. Dies kann beispielsweise durch Schulung, Teilnahme an einem Unterzuckerungswahrnehmungstraining,

einer Änderung der Therapieform, häufigere Selbstmessungen oder den Einsatz eines kontinuierlichen Glukosemonitoringsystems (CGM) erreicht werden. Meist dürften bei Unfällen aber lediglich Verhaltensfehler des Patienten ursächlich sein, insbesondere Fehleinschätzungen oder Fehler beim Selbstbehandlungsverhalten wie beispielsweise falsche Insulin- oder Medikamentendosierung, Verwechslung der Insulinsorte, Unterzuckerung nach vorausgegangenem Alkoholkonsum oder unzureichende Blutzuckerselbstkontrollen. Wenn hinreichend sichergestellt ist, dass es künftig zu keinem solchen Fehlverhalten mehr kommt, ist die Teilnahme am Straßenverkehr daher auch nach einem Unfall weiterhin möglich.

Der Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes-Gesellschaft erarbeitet derzeit eine medizinische Leitlinie zum Thema „Diabetes & Autofahren“, die Fertigstellung wird in 2017 erwartet.

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

Höchstleistung trotz Diabetes: Akzeptanz und Brillanz in Beruf und Freizeit

Stefanie Blockus, Redakteurin „Blood Sugar Lounge“, Hannover;
Redakteurin bei www.diabetes-leben.com

Was beeinflusst deinen Blutzucker?

STRESS **SPORT** SCHLAF
WETTER AUFREGUNG **EMOTIONEN**
SHOPPEN **ESSEN** **DEHYDRATION**
PARTY **URLAUB** ^(alles) KAFFEE **ALKOHOL**
HORMONE **INSULIN** KATZEN LIEBE
ZEITUMSTELLUNG Arbeit **MEDIKAMENTE**

... kurzum: **ALLES!!!**

- Nahezu alles beeinflusst meinen Blutzucker und jeder Tag verläuft anders.
- Es gibt keine Bedienungsanleitung für Diabetes.
- Ich bin Selbstmanager meiner Blutzuckerwerte.
- Dieser „24-Stunden-Job“ hat Prio 1, ebenso eine gesunde Ernährung und Sport.
- Über die Jahre und mit der Erfahrung habe ich einen „Simplify your life with Diabetes“-Plan aufgestellt, um Zeit sparen zu können (Taschen-Logistik, mehrere Basalratenprofile ...).
- Neue Therapiemöglichkeiten, insbesondere das CGMS/FGM (Continuous Glucose Monitoring System/Flash Glucose Monitoring), aber auch die Insulinpumpe erlauben mir diesen aktiven Lebensstil.
- Ohne CGMS/FGM einen Marathon zu laufen oder starkem beruflichem Stress ausgesetzt zu sein, endet meistens in Blutzuckerkatastrophen.
- Unterstützung und Vereinbarungen (etwa: **Alles, was ich während einer Hypo gesagt habe, das habe ich nicht gesagt!**) seitens Partner/Familie/Freunde/im Beruf sind enorm wichtig.
- Diabetes belastet definitiv auch die Psyche.

- Man hat keinen Urlaub vom Diabetes und gibt sich die Schuld für das Blutzuckerchaos.
- Ich kenne viele Diabetiker, die Hochleistung bringen, sehr ehrgeizig sind. Mir tut es gut, es lenkt auch von der Angst vor Folgeschäden ab. Ich habe oft das Gefühl, dass ich mehr leisten muss als andere.
- Mit einem Leben ohne Diabetes wäre ich wohl unterfordert:
<http://diabetes-leben.com/2016/05/nicht-diabetiker-muessen-doch-langeweile-haben.html>

(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. Dirk Müller-Wieland
Vizepräsident und Pressesprecher der DDG,
Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen



Akademische Ausbildung:

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

Beruflicher Werdegang:

1985–1987	Assistenzarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft bei Prof. Dr. C. R. Kahn, Direktor des Joslin Diabetes Center der Harvard Medical School in Boston
1987	Fortführung der klinischen Weiterbildung bei Prof. H. Greten an der Medizinischen Kernklinik und Poliklinik des Universitäts- krankenhauses Eppendorf in Hamburg
1991	Wechsel im Rahmen der Berufung von Prof. W. Krone an die Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln
1995–1997	Oberarzt der Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln
1993	Facharzt für Innere Medizin
1994	Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie
1996	Habilitation für das Fach Innere Medizin, Thema der Forschungsarbeit: „Molekulare Mechanismen der Insulinwirkung und Insulinresistenz“, Thema der Antrittsvorlesung: „Gentherapie in der inneren Medizin“
1997	Ruf auf eine Universitätsprofessur für innere Medizin/Endokrinologie in Köln
2001–2006	Übernahme des Lehrstuhls für Klinische Biochemie und Pathobiochemie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Direktor am Deutschen Diabetes-Zentrum
2006–2015	Leitung der I. Medizinischen Abteilung der Asklepios Klinik St. Georg,

	Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel
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:

2002–2012	Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der größten europäischen Medizinbibliothek (ZB MED, Mitglied der Leibniz- Gemeinschaft) an der Universität zu Köln
2003	Tagungspräsident, zusammen mit Prof. Krone, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
2003–2015	Sprecher der Sektion „Diabetologie und Stoffwechsel“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
2003–2011	Stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Interdisziplinären Zentrums für klinische Forschung (IZKF) der Universität Leipzig
2003–2014	Herausgeber der Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“, dem wissenschaftlichen Organ der Deutschen Diabetes Gesellschaft
2006–2008	Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
Seit 2006	Sprecher der fachgesellschaftsübergreifenden Arbeitsgemeinschaft „Herz – Hormone – Diabetes“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Diabetes Gesellschaft
2006–2013	Mitglied im Medical Board Innere Medizin des Asklepios-Konzerns
2006–2009 und seit 2014	Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
2008–2011	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
2009	Tagungspräsident, mit Prof. Dr. T. Meinertz, der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin
2009	Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft
2011	Tagungspräsident, mit Prof. J. Kußmann, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

Seit 2012	Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V.
Seit 2012	Stellvertretender Vorsitzender der D A CH-Gesellschaft Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V.
Seit 2014	Generalsekretär und Board Member der International Task Force for Prevention of Cardiometabolic Diseases
Seit 2016	Vorsitzender der AG Struktur und Krankenversorgung der DGIM
2015–2017	Vizepräsident der DDG und Präsident Elect für 2017–2019

Herausgeber von Fachbüchern, wissenschaftliche Beiträge und Schwerpunkte:

- 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)
- Basis-Lehrbuch Innere Medizin; J. Braun, D. Müller-Wieland, 6. Auflage, in Vorbereitung (Elsevier Verlag)
- Siegenthalers klinische Pathophysiologie; H. Blum, D. Müller-Wieland, 10. Auflage in Vorbereitung (Thieme Verlag)

Mehr als 200 Publikationen als Originalarbeiten, Übersichtsbeiträge und Buchkapitel.

Klinischer Fokus besteht in der kardiometabolischen Prävention, insbesondere Dyslipidämie bei Diabetes mellitus und Insulinresistenz.

Wissenschaftlicher Fokus besteht in der Verbindung zwischen Genregulation, Fettstoffwechsel, Fettverteilung, Insulinresistenz und kardiovaskulärem Risiko.

Curriculum Vitae

Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie
der DDG; Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim, Bad
Mergentheim; Koordinator der Leitlinie „Psychosoziales und
Diabetes“

*1958



Studium:

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

Beruflicher Werdegang:

- Seit 1986 Diabetes Zentrum Bad Mergentheim, Fachkrankenhaus für Problemdiabetiker,
Leiter der psychologischen Abteilung
- Seit 1988 Gründungsmitglied und Mitarbeiter am Forschungsinstitut der Diabetes Akademie
Bad Mergentheim (FIDAM)
- Seit 1999 Pädagogischer Leiter der Ausbildung zum/r Diabetesberater/in (Deutsche Diabetes
Gesellschaft), Diabetes Akademie Mergentheim
- 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeut
- 1999 Fachkundenachweis und Eintrag in das Arztregister der Kassenärztlichen
Vereinigung Baden Württemberg als „Psychologischer Psychotherapeut“ und
„Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“
- 1999 „Fachpsychologe Diabetes“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- 2001/2002 Anerkennung als Supervisor und Ermächtigung als Ambulanzleiter der CIP Bamberg
durch die KV Oberfranken
- 2002/2005 Anerkennung als Supervisor der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation
(AVM), Würzburg und der Magdeburger Akademie für praxisorientierte Psychologie
(Ausbildung „Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut“)
- 2004 Promotion im Fach „Psychologie“ an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Bamberg
- 2005 Anerkennung als „Psychodiabetologe“ durch die
Landespsychotherapeutenkammer Rheinland Pfalz und Anerkennung als
Supervisor, Gutachter und Mitglied der Prüfungskommission der Weiterbildung
zum „Psychodiabetologen“
- 2006 Anerkennung als Supervisor durch die Landespsychotherapeutenkammer Baden
Württemberg

Seit 2007	Geschäftsführer des Forschungsinstitutes der Diabetes Akademie Mergentheim (FIDAM GmbH)
2009	Habilitation im Fach „Psychologie“ an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Seit 2012	Lehrauftrag an der Universität Salzburg
2015	Ernennung zum außerordentlichen Professor an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Lehrstuhl für klinische Psychologie

Sonstige Tätigkeiten:

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

Mitgliedschaften:

- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- European Association for the Study of Diabetes (EASD)

- American Diabetes Association (ADA)
- Verein „Diabetes und Psychologie“
- Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmedizin und -modifikation (AVM)
- Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)

Curriculum Vitae

Dr. med. Silvia Mütter
Leiterin des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK
Kliniken Berlin | Westend, Vorstandsvorsitzende Berliner
TransitionsProgramm e. V.



* 1965

Hochschulstudium:

1990–1996 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin

Ärztliche Tätigkeit:

- 1997–2002 Weiterbildung in der Pädiatrie:
- Ärztin im Praktikum im Kinderkrankenhaus Neukölln, Berlin
 - Weiterbildungsassistentin im Deutschen Herzzentrum Berlin; angeborene Herzfehler
 - Weiterbildungsassistentin im Universitätsklinikum Benjamin Franklin Berlin; Neonatologie
 - Weiterbildungsassistentin im Kinderkrankenhaus Neukölln, Berlin; allgemeine Pädiatrie
- 2003–2007 Facharztstätigkeit in verschiedenen Kinder- und Jugendarztpraxen
- 2004–2006 Parallele Weiterbildung Naturheilverfahren
- 2007–2008 Facharztstätigkeit im Deutschen KinderUrologieZentrum Berlin
- Seit 2008 Kontinuierliche Facharztstätigkeit in der Patientenversorgung im Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin | Westend
- Seit 2007 Projektmanagement *Berliner TransitionsProgramm*
Strukturprogramm für chronisch kranke Jugendliche für den Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin
DRK Kliniken Berlin | Westend
- Seit 2015 Leiterin des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin | Westend

Curriculum Vitae

Oliver Ebert

Vorsitzender des Ausschusses Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Rechtsanwalt und Fachanwalt für IT-Recht aus Stuttgart



* 1969

Oliver Ebert ist Rechtsanwalt, Digital Health Consultant und Medizinjournalist sowie Geschäftsführer der mediaspects GmbH (Balingen).

Zugleich ist er Hochschullehrbeauftragter für Internetrecht und E-Commerce und bundesweit einer der wenigen Rechtsanwälte, die den Titel „Fachanwalt für Informationstechnologierecht“ führen dürfen.

Er ist Vorsitzender des Ausschusses Soziales der DDG und Mitglied im Beirat der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Technologie (AGDT). Seit vielen Jahren gehört er den Redaktionen der Zeitschriften Diabetes-Journal, Diabetes Forum, Diabetes-Eltern-Journal an.

Von ihm stammen über 400 Publikationen zum Thema Diabetes & Recht, unter anderem das „Diabetes-Rechtsfragenbuch“, „Diabetes – Ihr Recht im Alltag“, „Wie finde ich die richtige Diabetes-App (Checkliste)“ oder „Das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen – Auswirkungen auf die diabetologische Praxis“.

Im Alter Ego gilt er als einer der Pioniere für elektronisches Diabetes-Datenmanagement und Telemedizinanwendungen: Von ihm entwickelte Software (unter anderem DIABASS, med-import) und Onlinedienste zählen hier europaweit zu den marktführenden Lösungen.

Für seinen ehrenamtlichen Einsatz für Menschen mit Behinderung, insbesondere mit chronischen Krankheiten wie Diabetes, wurden ihm die Gerhardt-Katsch-Medaille der Deutschen Diabetes Gesellschaft sowie der Thomas-Fuchsberger-Preis verliehen.

Aktuelle Funktionen/Tätigkeiten im Diabetes-Bereich (Auszug):

- Vorsitzender Ausschuss Soziales der Deutschen Diabetes Gesellschaft
- Mitglied im Beirat der AG Diabetes und Technologie (AGDT) der DDG
- Redaktionsmitglied der Zeitschriften Diabetes-Journal, Diabetes-Forum, Diabetes-Eltern-Journal
- Blog: <http://www.diabetes-und-recht.de>

Veröffentlichungen zum Thema Diabetes & Recht:

- Autor beziehungsweise Co-Autor zahlreicher Bücher und Broschüren
- über 400 Publikationen

Liste abrufbar unter: <http://www.diabetes-und-recht.de/veroeffentlichungen/>

Curriculum Vitae

Stefanie Blockus
Redakteurin „Blood Sugar Lounge“, Hannover; Redakteurin
bei www.diabetes-leben.com



Stefanie Blockus aus Hannover, 34 Jahre, verheiratet, keine Kinder. Seit 1997 Typ-1-Diabetikerin. Hauptberuflich als Content-Marketing-Managerin tätig, nebenberuflich Redakteurin und Spinning-Trainerin. Ich blogge in meiner Freizeit auf www.diabetes-leben.com und organisiere derzeit den ersten Diabetes-Spendenlauf in Hannover, der das Diabetes-Forschungsprojekt „Closed-Loop/künstliche Bauchspeicheldrüse“ unterstützt.

Ich laufe selbst Marathon und bestreite Ultraläufe, fahre Mountainbike, schwimme gern und gehe auch mal über meine Grenzen hinaus. Etwa bei einem 24-Stunden-Lauf, bei dem ich mit 143 gelaufenen Kilometern sogar auf dem Siegereck stehen durfte, oder beim Paragliding, bei dem ich mich meiner Höhenangst gestellt habe.

Ich nehme mindestens genauso so aktiv am Leben teil wie ein Nicht-Diabetiker. Der Diabetes erfordert neben meinem sehr aktiven und nicht stressfreien Berufs- und Privatleben trotz CGMS und Insulinpumpe sehr viel Aufmerksamkeit, ist ebenso ein Ausdauersport, der allerdings nicht so viel Spaß macht wie anderer.

**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“

Vorläufige 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

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

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

Termin: Donnerstag, 3. November 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

„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. Dirk Müller-Wieland
- Professor Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
- Dr. med. Silvia Müther
- Oliver Ebert
- Stefanie Blockus

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