



Vorab-Pressekonferenz

13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Dienstag, 5. November 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 0107

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Themen und Referenten:

Herausforderung Transition: wenn Kinder mit Diabetes erwachsen werden

Dr. med. Nikolaus Scheper

Tagungspräsident Diabetes Herbsttagung 2019, 1. Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Facharzt für Allgemeinmedizin an der Praxis Dr. Scheper & Schneider & Veit, Marl

Dr. med. Silvia Müther

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

Versorgung von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus

Professor Dr. med. Monika Kellerer

Präsidentin der DDG, Chefärztin und Ärztliche Direktorin des Zentrums für Innere Medizin 1 am Marienhospital Stuttgart

Metabolisches Syndrom bei Kindern: Prävention und Therapie

PD Dr. med. Susanna Wiegand

Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Fachärztin für Kinderheilkunde und Leiterin des Bereichs Adipositas am Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Moderation: *Dagmar Arnold*, Pressestelle, Stuttgart/Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung

Stephanie Balz

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-168

Telefax: 0711 8931-167

balz@medizinkommunikation.org

www.herbsttagung-ddg.de

Am 8. und 9. November 2019 vor Ort in Leipzig:

Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12

Telefon: 0341 678-4517

PRESSEMITTEILUNG

13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

8. bis 9. November 2019

Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig

Diabetes – mitten im Leben

Wenn eine Diagnose das Leben der Betroffenen auf den Kopf stellt

Berlin, 5. November 2019 – Aktuell sind mehr als sieben Millionen Menschen in Deutschland an Diabetes mellitus erkrankt, darunter mehr als 32 500 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren sowie vier Millionen Patienten über 65 Jahren (1). Die Stoffwechselerkrankung betrifft Menschen in allen Altersgruppen und Lebenslagen und bedeutet einen großen Lebenschnitt. Wie sich die Krankheit mit dem Lebensalltag vereinbaren lässt und wie neue Therapien und Technologien die Betroffenen unterstützen können, steht im Mittelpunkt der 13. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Mehr als 3 500 Ärztinnen und Ärzte sowie Mitglieder des Diabetes-Behandlungsteams werden zum Kongress erwartet. Die Tagung findet vom 8. bis 9. November 2019 unter dem Motto „Diabetes – mitten im Leben“ im Congress Center Leipzig statt.

Wer an Diabetes erkrankt, dessen Leben ändert sich grundlegend: Betroffene müssen sich nicht nur mit Fragen zur Therapie, wie der Behandlung und Überwachung des Diabetes, sondern auch mit möglichen akuten und chronischen Komplikationen auseinandersetzen. Diabetes begleitet Betroffene ein Leben lang und hat großen Einfluss auf Lebensplanung und Lebensalltag. „Häufig kommen psychische Belastungen wie Ängste – zum Beispiel vor schweren Unterzuckerungen – oder Depressionen hinzu“, sagt Dr. med. Nikolaus Scheper, Tagungspräsident der DDG Herbsttagung. „Auch im Ausbildungs- oder Arbeitsleben wirft die Diagnose Diabetes bei Betroffenen und Angehörigen eine Vielzahl an Fragen auf, zum Beispiel ob den Kolleginnen und Kollegen von der Erkrankung erzählt werden soll“, ergänzt Dr. Cornelia Woitek, Tagungssprecherin und -koordinatorin. Welche Themen Menschen mit Diabetes in den verschiedenen Lebenslagen und unterschiedlichen Altersgruppen beschäftigen und wie neue Therapien und Diabetestechnologien die Betroffenen unterstützen können, spielt deshalb eine wichtige Rolle in den Veranstaltungen der wissenschaftlichen Tagung.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

Am 8. und 9. November 2019 vor Ort in Leipzig:

Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

Ein weiteres wichtiges Thema des Kongresses widmet sich den Abläufen im Klinik- und Praxisalltag: Welchen Einfluss hat die Diabetesdiagnose auf die Arzt-Patienten-Kommunikation? Wie lässt sich die Zusammenarbeit zwischen Kliniken, niedergelassenen Diabetologinnen und Diabetologen und Hausärzten bestmöglich gestalten? „Da die Herbsttagung traditionell einen starken Praxisbezug hat, greifen wir auch diese Themen auf“, so Scheper, der selbst niedergelassener Diabetologe ist. „Wir möchten mit der Herbsttagung aber nicht nur die bereits tätigen Kolleginnen und Kollegen ansprechen, sondern auch junge Diabetologen für das Fach interessieren“, sagt Woitek. Die Nachwuchsförderung ist der DDG ein wichtiges Anliegen. Auch in diesem Jahr werden deshalb wieder circa 40 wissenschaftliche und klinische Stipendiatinnen und Stipendiaten aktiv in das Tagungsgeschehen eingebunden.

Eröffnet wird die 13. Diabetes Herbsttagung der DDG am Freitag, den 8. November 2019, um 10.30 Uhr in der Halle 2 des Congress Centers Leipzig, die Vorträge beginnen bereits um 8.30 Uhr. Die Fort- und Weiterbildung aller mit Diabetes befassten Berufsgruppen ist ein wichtiges Anliegen der DDG. Das Tagungsprogramm ist im Internet unter www.herbsttagung-ddg.de abrufbar. Interessierte können sich dort direkt online anmelden.

Quellen:

- (1) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019. Eine Bestandsaufnahme.
(Jetzt schon vormerken: Der Gesundheitsbericht Diabetes 2020 erscheint im November!)
- (2) Robert Koch-Institut 2014, Studie DEGS1, Erhebung 2008–2011.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

**Am 8. und 9. November 2019 vor Ort
in Leipzig:**
Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

PRESSEMITTEILUNG

13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

8. bis 9. November 2019

Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig

Low Carb, mediterrane, fettreduzierte oder andere Ernährungsweise?

DDG empfiehlt Erwachsenen mit Diabetes Typ 2 oder Prädiabetes individuelle Ernährungsberatung

Berlin, 5. November 2019 – In den letzten Jahren ist es schon beinahe zum Modetrend geworden: Wer abnehmen oder seinem Stoffwechsel etwas Gutes tun möchte, achtet auf „Low Carb“ – also eine Ernährung mit möglichst geringem Kohlenhydratanteil. Diese Ernährungsform ist grundsätzlich auch für Menschen mit Diabetes Typ 2 oder Prädiabetes zur Gewichtsabnahme geeignet. Eine Konsensus-Erklärung der Amerikanischen Diabetes Gesellschaft ADA betont jedoch, dass auch andere Ernährungsweisen dafür infrage kommen können. Betroffene sollten daher immer eine individuelle Ernährungsberatung erhalten, konstatiert der Ausschuss Ernährung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), der den ADA-Report analysiert hat und die Ergebnisse auf der 13. Diabetes Herbsttagung der DDG vorstellt. Den Einfluss von Low Carb und anderen Ernährungsweisen diskutieren Experten auf einer Pressekonferenz, die im Rahmen der 13. Diabetes Herbsttagung am Freitag, den 8. November 2019, in Leipzig stattfindet.

Als „Low Carb“-Ernährung gilt laut der ADA-Definition eine Ernährung mit einem Kohlenhydratanteil von weniger als 45 Prozent der Gesamtenergiezufuhr, bei „Very-Low Carb“ stammen sogar weniger als 26 Prozent der aufgenommenen Energie aus Kohlenhydraten. „In kurzfristigen Studien bis zu sechs Monaten Dauer kann eine kohlenhydratarme Ernährung den HbA_{1c}-Wert der Probanden ebenso senken wie den Blutdruck, die Triglyzeride und die Menge der Diabetesmedikation“, sagt Professor Dr. med. Diana Rubin, Chefärztin und Leiterin des Zentrums für Ernährungsmedizin am Vivantes Klinikum Spandau und Humboldt-Klinikum Berlin. Diese positiven Effekte ließen sich in längerfristigen Studien jedoch nicht aufrechterhalten – vermutlich, weil es den Probanden zu schwerfällt, die strengen Diätvorgaben auf Dauer einzuhalten.

Auch aus anderen Gründen ist eine strenge „Low Carb“-Diät nicht unproblematisch: Zum einen kann es unter Diabetesmedikation rasch zu einem Unterzucker kommen; die Ernährungsumstellung sollte daher immer ärztlich begleitet werden. Zum anderen besteht die Gefahr, dass die Patienten sich

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

Am 8. und 9. November 2019 vor Ort in Leipzig:

Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

deutlich fetthaltiger ernähren. „Ernährungsempfehlungen sollten daher auch eine qualitative Bewertung der Makronährstoffe beinhalten“, sagt Rubin, die den Vorsitz des Ausschusses Ernährung der DDG innehat. So könne eine moderate „Low Carb“-Ernährung durchaus empfehlenswert sein, wenn sie – wie bei mediterranen Ernährungsmustern – einen hohen Anteil mehrfach ungesättigter Fettsäuren enthalte. Eine „High Carb“-Ernährung könne bei einem hohen Ballaststoffanteil und niedriger glykämischer Last aber ebenso geeignet sein. „Aus unserer Sicht macht es daher keinen Sinn, lediglich einen Makronährstoff in der Nahrung zu begrenzen“, so Rubin – allgemeingültige Idealwerte für die Fett-, Eiweiß- und Kohlenhydrataufnahme gebe es nicht.

Umso größer ist die Bedeutung einer individuellen und qualifizierten Ernährungsberatung. „Damit Ernährungsempfehlungen für den Patienten umsetzbar sind, müssen sie immer individuell zugeschnitten sein und verschiedene Diabetes-Typen, Behandlungsformen, soziale Aspekte sowie persönliche Vorlieben berücksichtigen“, sagt Dr. med. Nikolaus Scheper, Tagungspräsident der Herbsttagung und 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen. Daher lautet einer der Schwerpunkte der 13. Diabetes Herbsttagung „Ernährung im Spannungsfeld verschiedener Empfehlungen oder wie schmeckt Diabetes?“ In mehreren Symposien und Workshops erörtern die Teilnehmenden verschiedene Aspekte rund um Ernährungstherapie und -beratung. Mehr Informationen rund um das Tagungsprogramm finden Interessierte unter: <https://www.herbsttagung-ddg.de/online-programm.html>

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

**Am 8. und 9. November 2019 vor Ort
in Leipzig:**
Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

PRESSEMITTEILUNG

13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

8. bis 9. November 2019

Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig

Wenn Kinder mit Diabetes erwachsen werden

DDG: Transitionsprogramme sichern Kontinuität der Behandlung

Berlin, 5. November 2019 – Die Pubertät ist in vielerlei Hinsicht eine besondere Lebensphase. Für Jugendliche mit chronischen Krankheiten ist der Übergang vom Kind zum Erwachsenen unter Umständen mit großen Herausforderungen verbunden. Denn zusätzlich zu körperlichen und psychischen Veränderungen steht in dieser Lebensphase auch ein Wechsel der ärztlichen Betreuung an. Welche Hürden mit dem Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin verbunden sind und wie die sogenannte Transition trotzdem gelingen kann, diskutierten Experten auf der heutigen Pressekonferenz, die im Vorfeld der 13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Berlin stattfindet.

Wichtiges Ziel der Diabetes-Behandlung ist immer eine gute Stoffwechseleinstellung – denn so lassen sich diabetische Folgeschäden minimieren. „Gerade in den Jahren der Adoleszenz lässt die Blutzuckerkontrolle jedoch oft zu wünschen übrig“, sagt Dr. med. Silvia Müther, Leiterin des Diabeteszentrums für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin. Sowohl der Blutzuckerspiegel als auch der HbA_{1c}-Wert, der ein Maß für die Stoffwechsellage der vergangenen sechs bis acht Wochen darstellt, seien oft deutlich erhöht.

Dafür gibt es zum einen hormonelle Gründe: Sowohl das Wachstumshormon als auch Stresshormone wie Adrenalin oder Cortisol wirken auf den Blutzuckerspiegel. Zum anderen spielen aber auch alterstypische Verhaltensweisen eine Rolle, denn die Jugendlichen koppeln sich im Alltag zunehmend vom Rhythmus und der Tagesstruktur der Eltern ab. „Variierende Essenszeiten aber können für Menschen mit Diabetes ebenso zum Problem werden wie eine erlebnisorientierte Freizeitgestaltung mit spontanen körperlichen Aktivitäten“, sagt Müther. Zudem werde die Therapieumsetzung oft nicht mehr mit derselben Sorgfalt vorgenommen, wie es noch unter Regie der Eltern der Fall war.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

Am 8. und 9. November 2019 vor Ort in Leipzig:

Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

Vor diesem Hintergrund gestaltet sich der Wechsel von der pädiatrischen Betreuung in die Erwachsenenmedizin oft schwierig. „Anders als in der Pädiatrie wird in der Erwachsenenmedizin ein eigenverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung vorausgesetzt, und auch die Transition selbst liegt bisher ganz in der Verantwortung der Patienten“, sagt Dr. med. Nikolaus Scheper, Tagungspräsident der Herbsttagung und 1. Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen. Das sei eine Überforderung; viele junge Leute verlören in dieser Zeit vorübergehend den Kontakt zur diabetologischen Spezialbetreuung – mit dem Risiko für Folgeschäden und Komplikationen. „Die DDG fordert daher seit längerem die Einrichtung spezieller Programme, die eine lückenlose Transition unterstützen.“

Das bislang einzige Programm dieser Art, das auch von den meisten Krankenkassen finanziert wird, ist das Berliner Transitionsprogramm. Hier kümmern sich Fallmanager um die jungen Patienten und begleiten sie durch die Transition. Der übernehmende Erwachsenenendokrinologe erhält eine strukturierte Zusammenfassung der bisherigen Krankengeschichte. Wenn darüber hinaus noch Abstimmungsbedarf besteht, kann auch eine gemeinsame Sprechstunde mit dem Jugend- und dem Erwachsenenendokrinologen stattfinden.

„Das Programm wird inzwischen bundesweit angeboten, Transitionsstellen mit eigenem Fallmanagement bestehen neben Berlin mittlerweile auch in Darmstadt, Augsburg und Aachen“, sagt Silvia Müther, die auch als Vorstandsvorsitzende des Berliner Transitionsprogramm e.V. fungiert. Außerdem stehe es nicht nur jungen Diabetes-Patienten offen, sondern auch Jugendlichen mit anderen chronischen Erkrankungen – denn auch für diese stelle die Transition eine hohe und manchmal gefährliche Hürde dar.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

**Am 8. und 9. November 2019 vor Ort
in Leipzig:**
Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

PRESSEMITTEILUNG

13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

8. bis 9. November 2019

Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig

Weichenstellung schon im Kindesalter

Starkes Übergewicht als Wegbereiter für ein Metabolisches Syndrom

Berlin, 5. November 2019 – Etwa 1,9 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland haben Übergewicht, 800 000 davon haben sogar ein starkes Übergewicht (Adipositas). Je ausgeprägter die Adipositas, desto höher ist das Risiko der jungen Menschen, ein sogenanntes Metabolisches Syndrom zu entwickeln – eine komplexe Stoffwechselstörung, die sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung beeinträchtigt. Welche Präventions- und Therapiemöglichkeiten es gibt, um Kinder vor dieser gesundheitlichen Fehlentwicklung zu bewahren, wird auf der 13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) in Leipzig diskutiert. Bereits im Vorfeld der Tagung stellten Expertinnen und Experten das Thema auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin vor.

Vom Metabolischen Syndrom sprechen Mediziner, wenn starkes Übergewicht den Stoffwechsel derart negativ verändert, dass es zu Folgeschäden wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder einem krankhaft erhöhten Blutzuckerspiegel kommt. „Bei bis zu 60 Prozent der Jugendlichen mit starker Adipositas findet man bereits in der Pubertät mindestens eine dieser Folgeerkrankungen“, sagt PD Dr. med. Susanna Wiegand, Leiterin des Bereichs Adipositas am Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité und Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft. Unbehandelt drohen die Stoffwechselentgleisungen in manifeste und lebensbedrohliche Erkrankungen zu münden. Je nach Ausmaß des Übergewichts und der familiären Vorbelastung steigt das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettleber oder Diabetes Typ 2 – Krankheiten, die lange Zeit als typische Alterskrankheiten galten.

Dreh- und Angelpunkt bei der Entstehung des Metabolischen Syndroms ist eine nachlassende Insulinempfindlichkeit: Als Reaktion auf reichlich vorhandenen Blutzucker produziert der Körper das blutzuckersenkende Hormon zwar noch; die Zielzellen des Insulins in Muskeln, Leber und Fettgewebe reagieren jedoch immer weniger darauf. „Das hat vielfältige Auswirkungen im Körper, die letztlich

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

Am 8. und 9. November 2019 vor Ort in Leipzig:

Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

zum Metabolischen Syndrom führen“, erklärt Wiegand. Die gute Nachricht sei jedoch, dass die Insulinsensitivität sich durch eine Lebensstilveränderung sehr rasch wieder steigern lasse. Gesundere und maßvollere Ernährung sowie mehr körperliche Aktivität verbessern die Stoffwechselsituation deutlich. Wenn diese Umstellungen jedoch nicht gelängen oder nicht ausreichen, um ein Metabolisches Syndrom zu verhindern, müssten die jeweiligen Komponenten schon in jungen Jahren konsequent behandelt werden – etwa durch Blutdruck- oder Cholesterinsenker oder eine Diabetes-Typ-2-Medikation.

Der bessere Weg sei es jedoch immer, den Stoffwechsel durch ein verändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten wieder ins Lot zu bringen, betont auch Dr. med. Nikolaus Scheper, Tagungspräsident der Herbsttagung und 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen. Für die jungen Patienten sei es dabei wichtig und motivierend, zu wissen, dass positive Effekte nicht erst dann einsetzen, wenn man Normalgewicht erreicht habe: „Die Insulinsensitivität verbessert sich schon deutlich, wenn die Betroffenen sich mehr bewegen – auch ohne Gewichtsverlust.“ Es sei daher eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe, auf Ernährung und Bewegung gerichtete Therapieangebote zu erhalten und auszubauen. Solche Angebote, die im Idealfall auch die Familie der übergewichtigen Kinder einbezögen, hätten nicht nur in der Therapie, sondern auch bei der Prävention der Adipositas einen hohen Stellenwert.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle Diabetes Herbsttagung
Stephanie Balz
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-168
Telefax: 0711 8931-167
balz@medizinkommunikation.org
www.herbsttagung-ddg.de

**Am 8. und 9. November 2019 vor Ort
in Leipzig:**
Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12
Telefon: 0341 678-4517

EXPERTENSTATEMENT

Herausforderung Transition: wenn Kinder mit Diabetes erwachsen werden

Dr. med. Nikolaus Scheper

Tagungspräsident Diabetes Herbsttagung 2019, 1. Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Facharzt für Allgemeinmedizin an der Praxis Dr. Scheper & Schneider & Veit, Marl

Dr. med. Silvia Mütter

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

Ziel in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 ist es, eine diabetesbedingte Verminderung der Lebensqualität auf verschiedenen Ebenen zu vermeiden. Dies bedeutet nicht nur die Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen in Form von schweren Hypoglykämien und Ketoazidosen, die Minimierung des Risikos für diabetesbezogene Folgeschädigungen, sondern gleichbedeutend auch, eine möglichst geringe Beeinträchtigung des täglichen Lebens mit altersentsprechenden Möglichkeiten für psychosoziale Reifung und Wohlbefinden. Langfristig ist eine gute Stoffwechselführung nur Patienten möglich, die ihre Krankheit akzeptieren und in ihre persönliche Lebensplanung integrieren können.

Als Adoleszenz wird der Übergang zwischen Kindheit und Erwachsensein bezeichnet. Diese Zeit beinhaltet die biologischen und psychologischen Veränderungen der Pubertät. Neben der medizinischen Behandlung sind auch die emotionalen Bedürfnisse dieser Altersklasse besonders und benötigen eine andere Behandlung als die kleiner Kinder oder Erwachsener. Erschwerend kommt hinzu, dass genau in diese Zeit häufig auch Brüche im psychosozialen Umfeld der Betroffenen durch Beginn von Berufsausbildung, Studium und andere Veränderungen fallen, die obendrein ebenfalls häufig mit Wechsel des gewohnten Wohnortes und -umfeldes verbunden sind.

Oft kommt es zu deutlich höheren Blutzucker- und HbA_{1c}-Werten während der Adoleszenz [1; 2]. Die dpv-Daten der vergangenen Jahre bestätigen dies. Als Gründe für die hohen Werte sind sowohl verhaltensorientierte Probleme dieser Altersklasse als auch hormonell bedingte Faktoren zu nennen. Dazu gehören mangelnde Adhärenz in der Umsetzung der Insulintherapie, erlebnisorientiertes Risikoverhalten und ein unstrukturierter Alltag mit unstrukturierter Nahrungsaufnahme.

Die pädiatrische Betreuung endet in Deutschland in der Regel mit dem 18. Geburtstag, sodass jedes Jahr circa 3 200 Jugendliche die Betreuungseinrichtung wechseln müssen. Zur Sicherung einer adäquaten Behandlung empfiehlt die Deutsche Diabetes Gesellschaft in ihren Leitlinien unabhängig vom Lebensalter eine kontinuierliche Betreuung der Patienten in einer entsprechend qualifizierten spezialärztlichen Einrichtung. Erfreulicherweise gibt es für die Behandlung der Patienten mit Typ-1

Diabetes in Deutschland sowohl im kinder- und jugend- wie auch im erwachsenenmedizinischen Bereich ausreichend qualifizierte Betreuungseinrichtungen. In der Realität zeigt sich aber, dass es vielen Jugendlichen nicht gelingt, diese kontinuierliche Betreuung in der Erwachsenenmedizin aufzubauen [3].

Zum einen müssen die Jugendlichen auf den Übergang in die Erwachsenenmedizin vorbereitet werden, zum anderen muss eine strukturierte Zusammenfassung der bisherigen Krankengeschichte verfasst werden. Beides erleichtert die Übernahme und die Erfassung der aktuellen Krankheitssituation durch den Erwachsenenmediziner. Speziell zur Vorbereitung der Transition wurde der ModuS-Transitionsworkshop entwickelt. Es handelt sich um eine Gruppenschulung für Jugendliche, parallel dazu wird ein Elternworkshop angeboten [4]. Für Jugendliche und Eltern wurde eine Internetseite entwickelt, die sich mit Themen rund um das Erwachsenwerden mit chronischer Krankheit beschäftigt und Themen wie Arztwechsel, Berufswahl, Liebe & Sexualität oder Stärkung der Gesundheitskompetenz behandelt [5].

Spezielle Transitionsprogramme, die einen lückenlosen Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin sicherstellen, werden von der nationalen Gesellschaft (AGPD und DDG) und internationalen Gesellschaft (ISPAD) gefordert.

In verschiedenen Regionen in Deutschland gibt es lokale Einzelinitiativen, die einen erfolgreichen Übergang in eine spezialisierte Erwachsenenmedizin ermöglichen sollen. Diese bleiben aber lokal begrenzt und sind größtenteils an besonders engagierte Personen gebunden und nicht langfristig gesichert. Generelle, im Versorgungssystem strukturell verankerte Lösungen wurden bisher aber nicht etabliert, was nicht zuletzt auch daran liegt, dass es bisher keine geregelte Finanzierung transitionsspezifischer Leistungen gibt. Der Bundesverband Niedergelassener Diabetologen in Deutschland hat aus diesem Grund die Initiative für eine flächendeckende Lösung, gegebenenfalls unter dem Dach der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ergriffen und ist zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrie in der Deutschen Diabetes Gesellschaft dabei, eine solche Lösung zu prüfen. Darüber hinaus werden im Rahmen des Innovationsfonds derzeit zwei Projekte erprobt, die einen Übergang chronisch kranker Jugendlicher, unter anderem mit Diabetes mellitus, in die Erwachsenenmedizin unterstützen sollen (AOK Trio, TransFIT) [6; 7]. Das erste und bisher einzige Transitionsprogramm, das indikationsübergreifend eine Struktur für die Transition mit Vergütung für die beteiligten Partner bietet und bundesweit bereits von Krankenkassen finanziert wird, ist das Berliner Transitionsprogramm (BTP). Neben der Transitionsstelle in Berlin haben sich inzwischen drei weitere in Darmstadt, Augsburg und Aachen gegründet und ihre Arbeit aufgenommen. Das BTP umfasst neben der Indikation Typ-1-Diabetes inzwischen zahlreiche weitere Diagnosen und dient als

Vorlage für ein bundesweit einheitliches, durch Fachgesellschaften unterstütztes Transitionskonzept [8].

Literatur:

1. Wood JR, Miller KM, Maahs DM et al. (2013). Most youth with type 1 diabetes in the T1D exchange clinic registry do not meet American diabetes association or international society for pediatric and adolescents diabetes clinical guidelines. *Diabetes Care*; 36:2035-2037.
2. Gerstl EM, Rabl W, Rosenbauer J et al. (2008). Metabolic control as reflected by HbA1c in children, adolescents and young adults with type-1 diabetes mellitus: combined longitudinal analysis including 27 035 patients from 207 centers in Germany and Austria during the last decade. *Eur J Pediatr* 167(4):447-453.
3. Pai ALH, Ostendorf HM (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*; 40:16-33.
4. <https://www.kompetenznetz-patientenschulung.de/modus-transitionsschulung/>
5. <https://www.between-kompas.de>
6. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/aoktrio-das-transitionsprogramm-fuer-mehr-gesundheitskompetenz-von-teenagern.186>
7. <https://www.innovation-transfit.de/>
8. <https://www.btp-ev.de/>

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2019

EXPERTENSTATEMENT

Versorgung von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus

Professor Dr. med. Monika Kellerer

Präsidentin der DDG, Chefarztin und Ärztliche Direktorin des Zentrums für Innere Medizin 1
am Marienhospital Stuttgart

In Deutschland sind derzeit sieben Millionen Menschen an Diabetes mellitus erkrankt. Nach Expertenschätzungen könnte die Zahl der Diabetespatienten in den kommenden Jahren auf bis zu zwölf Millionen steigen. Die meisten der Betroffenen sind über 60 Jahre alt und haben in der Regel schon mehrere Diabetesfolgeerkrankungen wie Durchblutungsstörungen, diabetische Fußkrankungen, Nieren- oder Nervenschäden. Mit der zunehmenden Zahl multimorbider Diabetespatienten wird neben der ambulanten Versorgung auch der Bedarf an qualifizierten stationären Einrichtungen steigen. Im Moment zeichnet sich hier aber eine deutlich gegenläufige Tendenz ab.

Anhand der Daten des Statistischen Bundesamtes kann man erkennen, dass sich die Zahl der Krankenhausbetten im Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“ im Gegensatz zu fast allen anderen internistischen Schwerpunkten in den letzten zwei Jahrzehnten dramatisch reduziert hat. Während sich im Vergleichszeitraum die Zahl der Betten im Schwerpunkt Endokrinologie/Diabetologie fast halbierten, ist beispielsweise in den Schwerpunkten Gastroenterologie, Kardiologie und Hämatologie/Onkologie eine Zunahme um das circa Zwei- bis Dreifache zu verzeichnen. Darüber hinaus gibt es nur acht eigenständige klinische Lehrstühle für Diabetologie an den 36 staatlichen medizinischen Fakultäten. Die Einführung des DRG-Abrechnungssystems hat diesen Abwärtstrend zusätzlich beschleunigt, da die Diabetologie ein eher prozedurenarmes Querschnittsfach mit einem hohen Anteil an sprechender Medizin ist. Dies ist im aktuellen DRG-System nicht adäquat abgebildet, sodass Krankenhausmanager eher geneigt sind, die Diabetologie zugunsten anderer Abteilungen zurückzustufen. Die vielen multimorbid erkrankten älteren Menschen mit Diabetes, für die weniger Aktionismus und mehr Zeit für den Genesungsprozess gefragt ist, bleiben dabei nicht selten auf der Strecke.

Das ist für eine adäquate Patientenversorgung katastrophal. Dazu kommt, dass eine so geringe klinische Präsenz der Diabetologie erhebliche negative Auswirkungen auf die medizinische Ausbildung haben wird. Die Universitäten sind die Garanten für den klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs von morgen. Doch Diabetologien sind an den Universitätskliniken kaum noch zu finden. Wenn Politik und Krankenhausleitungen der Marginalisierung klinischer

Diabetologie an unseren Universitäten nicht unverzüglich entgegenzutreten, werden Studierende der Medizin kaum mehr dem Fach Endokrinologie/Diabetologie begegnen und als Folge auch keine klinische und wissenschaftliche Kompetenz für dieses Fach entwickeln können.

So wichtig und gut die ambulante Versorgung in der Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus heute ist, so unverzichtbar ist eine adäquate stationäre Versorgung. Diese ist sowohl für die Patienten notwendig, die *wegen* ihres Diabetes ins Krankenhaus müssen, als auch für die jährlich vielen Millionen Krankenhauspatienten, die sich *mit* einer Diabeteserkrankung einer stationären Behandlung unterziehen.

Die DDG fordert daher:

1. An jeder medizinischen Fakultät soll ein klinischer Lehrstuhl für Endokrinologie und Diabetologie vorhanden sein. Des Weiteren sollten alle Akutkrankenhäuser eigene Fachabteilungen zur Patientenbehandlung unterhalten oder zumindest entsprechende Fach-Ressourcen vorhalten.
2. Die Diabetologie ist ein Querschnittsfach, das in besonderer Weise auch auf die Behandlung multimorbider Patienten spezialisiert ist. Ihre Bedeutung im Krankenhaus muss gerade in einer alternden Gesellschaft gestärkt werden. Dazu gehört auch, dass die Leistungen der „sprechenden Medizin“ im DRG-System angemessen abgebildet werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2019

EXPERTENSTATEMENT

Metabolisches Syndrom bei Kindern: Prävention und Therapie

PD Dr. med. Susanna Wiegand

Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft; Fachärztin für Kinderheilkunde und Leiterin des Bereichs Adipositas am Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Das Metabolische Syndrom wird in der Erwachsenenmedizin gelegentlich als „tödliches Quartett“ bezeichnet. Gemeint ist ein starkes Übergewicht (Adipositas) mit Folgeerkrankungen wie Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und einem krankhaft erhöhten Blutzuckerspiegel. Das Ausmaß des Übergewichts und die individuelle Risikokonstellation sind für die Entstehung von Gefäßveränderungen und kardiovaskulären Ereignissen (Herzinfarkt, Schlaganfall) im Laufe des Lebens mitverantwortlich. Die Behandlung der direkten Folgen der Adipositas kostet in Deutschland circa 30 Milliarden Euro. Ein großer Posten ist dabei die Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 (Altersdiabetes).

Aber was hat das mit Kindern und Jugendlichen zu tun? In Deutschland sind circa 1,9 Millionen Kinder zwischen drei und 17 Jahren übergewichtig und davon circa 800 000 sogar stark übergewichtig (adipös). Bei Kindern mit Adipositas findet man ab der Pubertät in 30 bis 50 Prozent der Fälle bereits mindestens eine Komponente des Metabolischen Syndroms. Bei extremer Adipositas in dieser Altersgruppe liegt die Häufigkeit sogar bei circa 60 Prozent. Ob und in welcher Zusammensetzung bei Heranwachsenden mit Adipositas dieses „tödliche Quartett“ entsteht, hängt vor allem davon ab, wie ausgeprägt das Übergewicht ist. Zusätzlich spielt die Familienanamnese eine Rolle. Wenn es zum Beispiel in der Eltern- oder Großelterngeneration Menschen mit Adipositas und einer Fettstoffwechselstörung gibt, haben die Kinder und Jugendlichen eine höhere Wahrscheinlichkeit, ebenfalls eine Fettstoffwechselstörung als Folge der Adipositas zu entwickeln. Gibt es dagegen viele Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 in der Familie, so ist für Kinder und Jugendliche mit Adipositas das Risiko für eine Diabetes-Entwicklung erhöht. Eine nicht alkoholische Fettlebererkrankung oder Störungen der Pubertätsentwicklung können weitere Puzzleteile eines metabolischen Syndroms bei Jugendlichen mit Adipositas sein. Es ist deshalb von besonderer Bedeutung, dass bereits bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas nach einem Metabolischen Syndrom gesucht und falls notwendig bereits vor Erreichen des Erwachsenenalters eine Therapie begonnen wird. Ansonsten kann es eben schon bei Jugendlichen einen manifesten Diabetes mellitus Typ 2 oder eine Leberverfettung als Folge einer Adipositas geben.

Wie kann ein Metabolisches Syndrom bei Jugendlichen mit Adipositas behandelt werden? Dazu ist es hilfreich, sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Entstehung einmal genauer anzuschauen.

Die Schlüsselstelle für die Entstehung eines Metabolischen Syndroms ist die Insulinunempfindlichkeit des Körpers infolge einer Adipositas. Dieser veränderte Stoffwechselmechanismus hat vielfältige Auswirkungen auf unterschiedliche Gewebe (Leber, Muskulatur, Fettgewebe, Gehirn) und führt über mehrere Zwischenschritte zu einem Metabolischen Syndrom mit jeweils individueller Risikokonstellation. Die gute Nachricht ist, dass eine Insulinunempfindlichkeit bei Adipositas eigentlich durch eine Veränderung des Lebensstils sehr effektiv zu behandeln ist. Die Steigerung der körperlichen Aktivität im mittleren Ausdauerbereich auf 60 bis 90 Minuten pro Tag (12 000 Schritte) führt bereits bei Gewichtskonstanz zu einer deutlichen Verbesserung der Insulinwirkung. Wenn die Ernährung außerdem weniger freie Zucker und mehr Ballaststoffe enthält, sinkt der Insulinbedarf zusätzlich. Wenn langfristige Lebensstiländerungen nicht so schwer wären ...

Wenn ein Metabolisches Syndrom bei Jugendlichen mit Adipositas nicht durch eine Lebensstiländerung verhindert werden kann, müssen die jeweiligen Komponenten bereits bei Heranwachsenden konsequent behandelt werden. Dies kann eine blutdruck- oder cholesterinsenkende Medikation sein, aber auch die medikamentöse Behandlung eines Diabetes mellitus Typ 2. Eine Verbesserung der Stoffwechselsituation durch ein verändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten mit moderater Gewichtsabnahme ist aber immer der bessere Weg. Deshalb ist der Erhalt und Ausbau von Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche mit Adipositas eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe. Kein Metabolisches Syndrom ohne Adipositas!

Literatur:

L'Allemand D, Wiegand S, Reinehr T, Müller J, Wabitsch M, Widhalm K, Holl R; APV-Study Group. Cardiovascular risk in 26 008 European overweight children as established by a multicenter database. *Obesity* 2008;16(7):1672-9.

Nationale Bewegungsempfehlungen: Rütten & Pfeifer 2016;
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bewegung/Nationale-Empfehlungen-fuer-Bewegung-und-Bewegungsfoerderung-2016.pdf (Zugriff 30.9.2019).

Schienkiewitz A, Damerow S, Schaffrath Rosario A, Kurth BM. Body mass index among children and adolescents: prevalences and distribution considering underweight and extreme obesity: Results of KiGGS Wave 2 and trends. [Article in German] *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019 Oct;62(10):1225-1234. doi: 10.1007/s00103-019-03015-8.

Tagi VM, Giannini C, Chiarelli F. Insulin Resistance in Children. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019 Jun 4;10:342. doi: 10.3389/fendo.2019.00342 eCollection 2019.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, November 2019



Kongress-Pressekonferenz

13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Termin: Freitag, 8. November 2019, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Congress Center Leipzig, Ebene +2 in Raum 11

Anschrift: Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig

Themen und Referenten:

Highlights der Diabetes Herbsttagung: Diabetes – mitten im Leben

Dr. med. Nikolaus Scheper

Tagungspräsident Diabetes Herbsttagung 2019, 1. Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Facharzt für Allgemeinmedizin an der Praxis Dr. Scheper & Schneider & Veit, Marl

Dr. med. Cornelia Woitek

Tagungssprecherin und -koordinatorin, Diabetologische Schwerpunktpraxis DDG & LÄK/Akademische Lehrpraxis der Universität Leipzig, Wurzen

Multimorbidität: wenn Krankheiten interagieren

Was ist bei der Therapie von Menschen mit Typ-2-Diabetes zu beachten?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Pressesprecher der DDG, Kommissarischer Direktor, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen

Für eine bessere Versorgung von Menschen mit Diabetes: dem Nachwuchsmangel in der Diabetologie entgegenwirken

Jonas Kortemeier

AG Nachwuchs Forschung, Klinik, Praxis der DDG, Arzt in Weiterbildung, Diabeteszentrum im OPZ in Iserlohn-Letmathe

Low Carb: Welchen Einfluss hat eine reduzierte Kohlenhydrataufnahme auf Diabetes?

Professor Dr. med. Diana Rubin

Chefärztin und Leiterin des Zentrums für Ernährungsmedizin am Vivantes Klinikum Spandau und Humboldt-Klinikum Berlin

Moderation: *Anne-Katrin Döbler*, Pressestelle, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle Diabetes Herbsttagung

Stephanie Balz

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-168

Telefax: 0711 8931-167

balz@medizinkommunikation.org

www.herbsttagung-ddg.de

Am 8. und 9. November 2019 vor Ort in Leipzig:

Pressebüro: Ebene +2 in Raum 12

Telefon: 0341 678-4517

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 dem aktuellen Diabetes-Atlas der International Diabetes Federation (IDF) – 7,5 Millionen Menschen betroffen (2017). Über 95 Prozent der Betroffenen sind an einem Typ-2-Diabetes erkrankt. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit an zweiter Stelle. Jedes Jahr kommen etwa 500 000 Neuerkrankungen des Typ-2-Diabetes hinzu. Bei gleichbleibender Entwicklung wird damit gerechnet, dass hierzulande bis zum Jahr 2040 zusätzlich 3,6 Millionen Menschen am Typ-2-Diabetes erkrankt sein werden.

Menschen, die in Städten leben, haben im Vergleich zu Menschen, die auf dem Land leben, ein um 40 Prozent erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes.

Etwa 16 Prozent aller Todesfälle sind mit Typ-2-Diabetes assoziiert. Dies deutet auf eine erhebliche Unterschätzung der offiziellen Todesursachenstatistik hin. Insbesondere Frauen und jüngere Personen haben ein erhöhtes diabetesbedingtes Mortalitätsrisiko.

Ursachen:

Über 95 Prozent der Diabetespatienten haben einen Typ-2-Diabetes. Zu den Risikofaktoren eines Typ-2-Diabetes gehören Übergewicht, Mangel an Bewegung, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, niedriger Bildungsstatus sowie genetische Faktoren.

Schätzungsweise 367 000 Menschen haben in Deutschland einen Typ-1-Diabetes, davon etwa 32 000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Jährlich erkranken rund 2200 der Null- bis 14-Jährigen neu an Typ-1-Diabetes. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunkrankheit, die meistens 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 bleibt oder der Blutzucker unzureichend eingestellt ist. Zu den gravierendsten Folgeerkrankungen gehören Schlaganfall, Herzinfarkt, Netzhauterkrankung bis hin zu Erblindung, diabetischem Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation und Niereninsuffizienz.

Behandlung:

Typ-2-Diabetes kann häufig mit einer Ernährungsumstellung und mehr körperlicher Bewegung behandelt werden. Knapp die Hälfte der Patienten erhält Tabletten (orale Antidiabetika) und etwa 30 Prozent der Patienten werden ausschließlich oder in Kombinationstherapie mit Insulin behandelt.

Typ-1-Diabetes muss immer mit dem Hormon Insulin behandelt werden. Amputationen als Folge des diabetischen Fußsyndroms können nachweislich durch eine strukturierte Behandlung im interdisziplinären Team vermieden werden.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 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, Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Diabetes-Pflegefachkräften, Wundassistentinnen und Fachpsychologen
- die Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- die Entwicklung von medizinischen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie des Diabetes
- die Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- die Information und der wissenschaftliche Austausch über neueste Erkenntnisse, unter anderem auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres

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

In circa 30 Gremien (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

Dr. med. Nikolaus Scheper

Tagungspräsident Diabetes Herbsttagung 2019, 1. Vorsitzender des Bundesverbands Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Facharzt für Allgemeinmedizin an der Praxis Dr. Scheper & Schneider & Veit, Marl



Aktuell 62 Jahre alt, Examen und Promotion 1983 in Hamburg; nach klinischer Tätigkeit in mehreren Kliniken in Hamburg und Schleswig-Holstein – unter anderem bei Dr. D. Look, Mölln – sowie in Marl. Niederlassung in eigener Praxis seit 1991. Seit 1996 Diabetologische Schwerpunktpraxis in Marl. Seitdem regelmäßige berufspolitische Betätigung zunächst auf regionaler Ebene sowie vielfältige Fortbildungsaktivitäten im Kollegenkreis zum Thema Diabetes.

2008 Mitbegründer des winDiab; ebenfalls seit 2008 Mitarbeit im Vorstand des BVND, seit 2016 Vorsitzender des BVND.

CURRICULUM VITAE

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



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

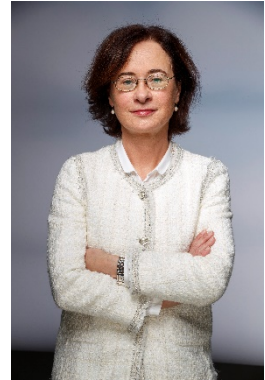
2008-2015 Kontinuierliche Facharztstätigkeit in der Patientenversorgung im Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche an den DRK Kliniken Berlin | Westend

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

Professor Dr. med. Monika Kellerer
Präsidentin der DDG, Chefärztin und Ärztliche Direktorin
des Zentrums für Innere Medizin 1 am Marienhospital Stuttgart



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-------------|--|
| 1983–1990 | Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität, München |
| 1992 | Promotion zum Thema „Die Bedeutung der Isoformen des Insulinrezeptors für die Tyrosinkinaseaktivität“ am Institut für Diabetesforschung München bei Prof. H.U. Häring |
| 1990–1995 | Assistenzärztin an der III. Medizinischen Abteilung (Diabetologie, Endokrinologie und Angiologie) am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing (Leitung Prof. Dr. H. Mehnert) |
| 1994–3/1996 | Habilitationsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft und Gastaufenthalt am Joslin Diabetes Center und New England Deaconess Hospital, Harvard Medical School, Boston |
| 4/1996–1998 | Assistenz- und Fachärztin an der IV. Medizinischen Abteilung (Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie und Angiologie) der Universitätsklinik Tübingen (Leitung Prof. Dr. H. U. Häring) |
| 1997 | Fachärztin für Innere Medizin |
| 1998 | Habilitation im Fach Innere Medizin mit dem Thema „Modulation der Insulin-signalübertragung und ihre Bedeutung für die Pathogenese der Insulinresistenz“ |
| 1998–2002 | Oberärztin an der IV. Medizinischen Abteilung der Universitätsklinik Tübingen |
| 1998–2002 | Heisenbergstipendiatin der Deutschen Forschungsgemeinschaft |
| 2000 | Diabetologin/DDG |
| 2000 | Schwerpunktanerkennung Endokrinologie und Diabetologie |
| 2002 | Fachkunde Labormedizin |
| Seit 8/2002 | Ärztliche Direktorin am Zentrum für Innere Medizin 1, Marienhospital Stuttgart |
| Seit 6/2019 | Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) |

Mitgliedschaft und Mitarbeit in Organisationen und Fachgesellschaften:

- Vizepräsidentin DDG (2017–2019)
- Mitglied im Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft (2008–2012)
- Leitlinienorganisation der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2009–6/2019
- Außerordentliches Mitglied und Gutachterin der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft,
Berlin (2005–6/2008)
- Schriftleitung der Zeitschrift „Diabetes und Stoffwechsel“ (2002–2004)
- Schriftleitung der Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“ (2004–2014)
- Beiratsmitglied der Zeitschrift „Der Diabetologe“ (seit 2008)
- Mitglied des Zulassungs- und Berufungsausschusses der KVBW (2006–2010)
- Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg (seit 2010)
- Prüferin bei der Bezirksärztekammer Nord- und Süd-Württemberg für Innere Medizin,
Endokrinologie und
Diabetologie (seit 2002)

Mitgliedschaften in folgenden Fachgesellschaften:

- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Amerikanische Diabetesgesellschaft (ADA)
- Europäische Diabetesgesellschaft (EASD)
- Arbeitsgemeinschaft Diabetes Baden-Württemberg (ADBW)

Stipendien und Preise:

- Förderpreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft (1992)
- Habilitationsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (1994–1996)
- Ferdinand-Bertram-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft (1997)
- Heisenbergstipendiatin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (1998–2002)
- Hellmut-Otto-Medaille der Deutschen Diabetes Gesellschaft (2015)

Forschungsschwerpunkte:

- Pathogenese und Therapie des Typ-2-Diabetes und der Komorbiditäten
- Insulinresistenz und Insulinsekretionsstörungen

CURRICULUM VITAE

PD Dr. med. Susanna Wiegand
Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Fachärztin für
Kinderheilkunde und Leiterin des Bereichs Adipositas am Sozialpädiatrischen
Zentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin



Seit Oktober 2016	Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft
Seit Januar 2015	Principal Investigator „Research Network Systems Medicine of the Liver – LiSyM“ (BMBF)
2014–2018	Principal Coordinating Investigator der „Phase 3 open-label study of Infacort® in neonates, infants and children less than 6 years of age with adrenal insufficiency“. EudraCT No.: 2014-002265-30
2014–2019	Principal Coordinating Investigator des „RM-493 Treatment Trial in POMC Deficient Patients“. EudraCT No.: 2014-002392-28
2013–2018	Principal Investigator des Z1-Projekts der KFO 218/0 (DFG): Hormonal regulation of body weight maintenance (2. Förderperiode)
April 2013	Habilitation und Venia Legendi für das Fach Kinderheilkunde
Dezember 2012	Prüfarztkurs nach AMG (Refresher alle zwei Jahre)
Januar 2012	Wahl zur Prüferin der Ärztekammer Berlin für die Zusatzbezeichnungen Ernährungsmedizin; Kinder-Endokrinologie und -diabetologie
2011–2018	Principal Investigator des Konsortiums B des Kompetenznetzes Adipositas (BMBF): Morbidly obese adolescents
2010–2019	Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) in der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG), verbunden mit einer kontinuierlichen Mitgliedschaft im Konvent der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
2009–2015	Principal Investigator des Z1-Projekts der KFO 218/0 (DFG): Hormonal regulation of body weight maintenance (zwei Förderperioden)
März 2008	Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und Diabetologie
Seit 2007	Mitglied der Leitlinienkommission der AGA; Erstellung von S2- und S3-Leitlinien (AWMF)

*Vorab-Pressekonferenz im Rahmen der
13. Diabetes Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
Dienstag, 5. November 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

- Seit 2000 Leiterin des Adipositas-Zentrums im SPZ für chronisch kranke Kinder, Abteilung Interdisziplinär der Charité – Universitätsmedizin Berlin (DAG-zertifizierte Therapieeinrichtung für Adipositas)
- Seit 1999 Tätig im SPZ der Charité (aktuelle Leitung: Prof. Dr. Angela Kaindl)
Klinische Schwerpunkte: Behandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in den Bereichen Endokrinologie, Diabetes, Adipositas
Wissenschaftliche Schwerpunkte: Typ-2-Diabetes und metabolisches Syndrom bei Adipositas im Kindesalter; Versorgungsforschung
- 1997/1998 Oberärztin in der Kinder-Rehaklinik Kartzow-Beelitz (Leitung: PD Dr. Sabine Koch);
Aufbau eines strukturierten, multiprofessionellen Schulungsprogramms für adipöse Kinder und Jugendliche, Durchführung strukturierter Diabetes-Schulungen
- Mai 1997 Anerkennung als Diabetologin DDG
- November 1996 Anerkennung als Fachärztin für Kinderheilkunde
- Seit Juli 1988 Tätig an der Universitätskinderklinik der FU Berlin (KAVH; Leitung Prof. Hans Helge);
Weiterbildung im Fach Kinderheilkunde
Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Diabetische Neuropathie, somatische und psychische Komplikationen bei chronischen Krankheiten
- 1986–1988 Tätig an der Medizinischen Klinik III der Justus-Liebig-Universität (Leitung Prof. Dr. Konrad Federlin) als Assistenzärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin (Schwerpunkte: Diabetologie, experimentelle Insel-Transplantation)
- 1979–1986 Medizinstudium, Approbation und Promotion an der Justus-Liebig-Universität Gießen