

Deutsche Diabetes Gesellschaft

## **Pressekonferenz „Psychosoziales und Diabetes – neue Leitlinie offenbart, was sich ändern muss“**

**Termin:** Dienstag, 18. Juni 2013, 11.00 bis 12.30 Uhr

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

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

### **Themen und Referenten:**

#### **Diabetes und Psyche: Die Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ – warum Menschen mit Diabetes und psychischen Problemen besondere Betreuung brauchen**

*Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel*

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG); Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin – Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin, St. Josefskrankenhaus Heidelberg

#### **Versorgung von Menschen mit Diabetes und psychischen Erkrankungen – was fehlt, was wäre sinnvoll?**

*Privatdozent 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“

#### **Diabetes und Essstörungen: Eine gefährliche Kombination – welche therapeutischen Hilfen gibt es?**

*Professor Dr. med. Stephan Herpertz*

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Sprecher der Leitlinie von Seiten der DGPM

#### **Diabetes und Depression: Doppelt so häufig wie in der Gesamtbevölkerung und schlecht für die Prognose – welche Unterstützung benötigen Diabetiker mit Depressionen?**

*Professor Dr. med. Johannes Kruse*

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg; Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

#### **Diabetes und Demenz: Wenn zwei Alterserkrankungen zusammentreffen – wie lässt sich die große Zahl der Betroffenen zukünftig angemessen betreuen?**

*Professor Dr. rer. nat. Karin Lange*

2. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG; Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie; Medizinische Hochschule Hannover

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

#### **Kontakt für Rückfragen:**

Anne-Katrin Döbler/Christine Schoner

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-573/Fax: 0711 8931-167

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

[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de)

## **Pressekonferenz „Psychosoziales und Diabetes – neue Leitlinie offenbart, was sich ändern muss“**

**Termin:** Dienstag, 18. Juni 2013, 11.00 bis 12.30 Uhr

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

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

### **Inhalt:**

#### **Pressemeldungen:**

##### **Neue S2-Leitlinie Diabetes und Psyche**

Psychische Belastungen durch Diabetes richtig behandeln

##### **Menschen mit Diabetes erkranken häufiger an Demenz**

Deutsche Diabetes Gesellschaft empfiehlt eine daran angepasste Therapie

##### **Bulimie bei Diabetespatientinnen: Psychotherapie hilft**

Deutsche Diabetes Gesellschaft hält Schulung und Selbsthilfe allein für unzureichend

#### **Redemanuskripte:**

Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel

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

Professor Dr. med. Stephan Herpertz

Professor Dr. med. Johannes Kruse

Professor Dr. rer. nat. Karin Lange

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

### **Lebensläufe der Referenten**

### **Bestellformular für Fotos**

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: [schoner@medizinkommunikation.org](mailto:schoner@medizinkommunikation.org).*

#### **Kontakt für Rückfragen:**

Anne-Katrin Döbler/Christine Schoner

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-573/Fax: 0711 8931-167

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

[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de)

## **Neue S2-Leitlinie Diabetes und Psyche**

### **Psychische Belastungen durch Diabetes richtig behandeln**

**Berlin, 18. Juni 2013 – Jeder achte Mensch mit Diabetes mellitus leidet an einer Depression, jeder dritte Patient weist eine erhöhte Depressivität auf. Bleiben psychische Erkrankungen - wie leider noch immer häufig - unerkannt und unbehandelt, verhindern sie meist eine gute Diabeteseinstellung, erhöhen das Risiko für Folgeerkrankungen und verkürzen die Lebenserwartung. Die neue S2-Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ soll die Erkennung psychosozialer Probleme und psychischer Erkrankungen, deren Behandlung und die Schulung der Betroffenen verbessern. Der praxisnahe Leitfaden ist mit der aktuellen englischen Übersetzung die weltweit erste Leitlinie dieses Fachgebietes. Die Themen sind breit und reichen von psychosozialen Problemen im Zusammenhang mit Diabetes und der Diabetesschulung bis hin zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Demenz und Schizophrenien. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat die Leitlinie fachübergreifend zusammen mit einer Reihe anderer Fachgesellschaften erstellt.**

Trotz wirksamer Hilfsangebote und Therapien erreicht Diabetespatienten mit psychosozialen Belastungen nur selten professionelle Hilfe durch Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater. „Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Diabetes ist leider noch immer unzureichend. Patienten, die wegen emotionaler Belastungen Probleme mit der Diabetestherapie haben, erhalten in der klinischen Praxis nur selten adäquate Unterstützung. Bei der Therapie des Diabetes stehen noch immer die Blutzuckerwerte sowie somatische Behandlungsziele im Vordergrund. Nur bei jedem dritten Patienten wird beispielsweise nach psychischen Belastungen im Zusammenhang mit Diabetes gefragt“, bemerkt der Koordinator der Leitlinie, Privatdozent Dr. habil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG. Die neue Leitlinie fasst daher auf der Basis der Bewertung aller verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse den aktuellen wissenschaftlichen Stand zusammen. Sie gibt Empfehlungen zu strukturierten Schulungsangeboten, psychosozialen Behandlungskonzepten sowie zur Diagnostik und Therapie komorbider psychischer Erkrankungen bei Diabetes. Sie zeigt

außerdem auf, wie psychosoziale Konzepte besser in die Diabetestherapie integriert werden können.

„Für die Therapie und die langfristige Prognose des Diabetes sind somatische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen wichtig“, ergänzt Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Denn Menschen mit Diabetes müssen die Therapie im Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich durchführen. „Wenn Patienten die Erkrankung gefühlsmäßig nicht akzeptieren, Probleme haben, sich für die Therapie zu motivieren oder ihren Lebensstil anzupassen, dann ist eine erfolgreiche Therapie nicht möglich“, betont Siegel.

Die neue Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen, die Patienten mit Diabetes betreuen, an interessierte Patienten, Angehörige und Selbsthilfegruppen. Sie bietet aufgrund einer Vielzahl von Handlungsempfehlungen eine Grundlage für eine Reihe von Entscheidungen in der täglichen Praxis, so Siegel, und verbessere die Versorgung, die therapeutischen Perspektiven und letztlich die Lebensqualität der Patienten.

Für die Erstellung der Leitlinie haben sich sieben führende Experten aus der Diabetologie, Psychosomatik, Psychologie und Psychiatrie fachübergreifend zusammengefunden. Unter Leitung des Koordinators Kulzer haben sie die aktuellsten medizinischen Entwicklungen der letzten Jahre rund um psychosoziale Aspekte des Diabetes strukturiert zusammengetragen und evidenzbasiert bewertet. Ein innovativer Prozess, da diese Leitlinien bislang weltweit einzigartig sind. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat den Leitlinienprozess administrativ und organisatorisch begleitet. „Die DDG erhofft sich von allen Berufsgruppen und Patientenorganisationen, die mit der Betreuung von Diabetespatienten befasst sind, eine umfassende Umsetzung der Leitlinie in der gesamten Breite des deutschen Gesundheitssystems“, betont Siegel. Eine englische Übersetzung, eine Kurzfassung als Praxisversion sowie eine Patientenleitlinie werden im Laufe des Jahres 2013 erscheinen.

**Quelle:**

S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung 2013

1. Teil in: Diabetologie 2013, Ausgabe 3, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1335785>

2. Teil in Diabetologie 2013; Ausgabe 4 (ET: August), 10.1055/s-0033-1335889

Im Internet: <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/evidenzbasierte-leitlinien.html>

## **Menschen mit Diabetes erkranken häufiger an Demenz**

**Deutsche Diabetes Gesellschaft empfiehlt eine daran angepasste Therapie**

**Berlin, 18. Juni 2013 – Menschen mit Diabetes mellitus erkranken früher und häufiger an einer Demenz als Gleichaltrige ohne die Stoffwechselstörung – das haben mehrere Studien gezeigt. Die Gedächtnisschwäche erschwert es den Betroffenen, ihre Werte zu überwachen und die Medikamente zur Diabetesbehandlung regelmäßig einzunehmen. Die Kombination aus Demenz und Diabetes sollte im Behandlungsplan angemessen berücksichtigt werden, betont die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). In ihrer neuen Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes mellitus“ gibt sie deshalb Empfehlungen für die Therapie dieser Patienten. Die neue Behandlungsleitlinie stellt die DDG auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin vor.**

Im Vergleich zu Gesunden unterliegen Menschen mit Diabetes Typ 2 einem bis zu vierfach erhöhten Risiko für eine gefäßbedingte Demenz. Das Risiko für eine Alzheimerdemenz ist 1,5- bis 2-mal so hoch. Eine Ursache ist ein langfristig erhöhter Blutzuckerspiegel. Er schädigt die Blutgefäße – etwa in den Augen, in den Füßen und auch im Gehirn. Aber auch die häufigen Begleiterkrankungen eines Typ-2-Diabetes wie Bluthochdruck, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen oder Depression spielen eine Rolle.

Menschen, die gleichzeitig von Diabetes und einer Demenz betroffen sind, tragen ein hohes Risiko für schwere Unterzuckerungen. Dies zeigt auch eine aktuelle Studie im Fachblatt „JAMA“. Diese Hypoglykämien sind die häufigste akute Komplikation bei Diabetes. Patienten können sie normalerweise frühzeitig erkennen und selbst so behandeln, dass sie nicht riskant sind. „Deutlich schwieriger ist die Situation für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, die ihre Medikamente und ihre Ernährung nicht immer richtig aufeinander abstimmen können und die Anzeichen einer Hypoglykämie nicht mehr richtig deuten“, sagt Professor Dr. rer. nat. Karin Lange, Fachpsychologin Diabetes aus der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG und Mitautorin der neuen Leitlinie. Sie nehmen dann beispielsweise eine zu hohe Dosis Medikamente ein, überschätzen den Kohlenhydratgehalt einer Mahlzeit oder

vergessen, nach dem Spritzen etwas zu essen. Schwere Hypoglykämien scheinen das bereits geschädigte Gehirn weiter zu beeinträchtigen und das Fortschreiten der Demenz zu beschleunigen.

„Bei der Behandlung von kognitiv beeinträchtigten Patienten sollten Ärzte deshalb einen Langzeit-Blutzuckerwert im mittleren Bereich anstreben, also einen HbA1c-Wert von etwa acht“, empfiehlt Professor Lange. Dies verringere die Gefahr, eine schwere Hypoglykämie zu erleben. „Die Therapiekonzepte sollten zudem möglichst einfach sein, um die Betroffenen und ihre Betreuer nicht überfordern“, rät die Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Dies gelte insbesondere bei fortgeschrittener Demenz.

Die gefährliche Kombination von Demenz und Diabetes werde noch zu wenig beachtet, betonen die Experten der DDG. Sie sprechen sich in der neuen S2-Leitlinie deshalb für ein jährliches Demenzscreening bei Menschen mit langer Diabetesdauer aus, die älter als 65 Jahre sind und über spürbare Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung klagen. Die Fachgesellschaft hält es zudem für geboten, dass Ärzte und Pflegekräfte noch enger als bisher mit Betroffenen und Angehörigen zusammenarbeiten. „In diesem Bereich sind Weiterbildungsangebote für Pflegepersonal und Familienmitglieder dringend notwendig“, betont DDG-Präsident Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel, Chefarzt für Diabetologie und Ernährungsmedizin am Heidelberger St. Josefskrankenhaus. „Denn die Zahl betroffener Patienten wird angesichts unserer alternden Gesellschaft dramatisch zunehmen.“

Neben dem Thema Demenz beschäftigt sich die neue Leitlinie unter anderem mit den Themen Depression, Angst- oder Essstörungen in Zusammenhang mit der Diabeteserkrankung. Den neuen, weltweit einzigen Behandlungsleitfaden zu Psychosoziales und Diabetes stellen Experten auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin vor.

**Quellen:**

S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung 2013

1. Teil in: Diabetologie 2013, Ausgabe 3, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1335785>

2. Teil in Diabetologie 2013; Ausgabe 4 (ET: August), 10.1055/s-0033-1335889

Im Internet: <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/evidenzbasierte->

[leitlinien.html](#)

Association Between Hypoglycemia and Dementia in a Biracial Cohort of Older Adults  
With Diabetes Mellitus, *JAMA Internal Medicine* 2013  
doi: 10.1001/jamainternmed.2013.6176

## **Bulimie bei Diabetespatientinnen: Psychotherapie hilft**

**Deutsche Diabetes Gesellschaft hält Schulung und Selbsthilfe allein für unzureichend**

**Berlin, 18. Juni 2013 – Gerade junge Frauen mit Typ-1-Diabetes leiden fast doppelt so häufig an gestörtem Essverhalten wie gesunde Altersgenossinnen. Verbreitet ist vor allem die Bulimie. Die Kombination ist gefährlich: Betroffene riskieren durch ihren schwankenden Blutzuckerspiegel deutlich früher Folgeschäden an Augen, Nieren oder Nerven. In der neuen, weltweit einzigen Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ empfiehlt die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Diabetespatientinnen mit Essstörungen so zeitig wie möglich psychotherapeutisch zu behandeln.**

An Bulimie leiden etwa zwei Prozent der 14- bis 20-jährigen Frauen. Sie essen in einem Anfall unkontrolliert und versuchen die überschüssigen Kalorien durch Diäten, Erbrechen oder exzessiven Sport loszuwerden. Typisch für essgestörte Patientinnen mit Diabetes ist zudem das sogenannte „Insulin-Purging“: Sie spritzen sich gezielt zu wenig vom Blutzuckersenkler Insulin, um abzunehmen. Durch den niedrigen Insulinspiegel bleibt mehr Zucker im Blut, den die Nieren dann mitsamt den Kalorien über den Urin aus dem Körper schwemmen. Die Frauen verlieren zwar Gewicht, verfehlen aber das Ziel ihrer Diabetestherapie: Ihr dauerhaft erhöhter Blutzuckerspiegel führt deutlich früher zu Schäden an Gefäßen und Nerven als bei nicht essgestörten Patientinnen.

„Schwanken Blutzuckerwert und Gewicht bei einer jungen Patientin mit Typ-1-Diabetes stark, sollte eine Bulimia nervosa in Erwägung gezogen werden“, sagt Professor Dr. med. Stephan Herpertz, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bochum und Mitautor der Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“. Bestätigt sich der Verdacht, empfehlen die Experten in dem neuen Behandlungsfaden eine Psychotherapie. Dabei sollte sich der Therapeut mit der Zuckerkrankheit auskennen, damit sich die Patientin verstanden fühlt.

Typ-1-Diabetes entwickelt sich häufig im jugendlichen Alter, erläutert Herpertz – einer Zeit also, in der sich Menschen intensiv mit dem eigenen Selbstwert

auseinandersetzen. Diagnose und Behandlung der Zuckerkrankheit stellen diesen Selbstwert oft in Frage: Betroffene Jugendliche müssen eine Diät einhalten, auf Alkohol verzichten, Medikamente nehmen, Insulin spritzen. Entwickeln die Patientinnen eine Essstörung, so hänge dies in der Regel mit einem Selbstwertkonflikt zusammen. „Hier muss die Therapie ansetzen“, sagt Herpertz. Wichtig sei auch, bei jungen Patientinnen die Familie in die Behandlung mit einzubeziehen.

Neben der Bulimie spielen auch andere Essstörungen bei Menschen mit Diabetes eine Rolle, wie etwa die Binge-Eating-Störung bei der es mindestens einmal in der Woche zu Essanfällen kommt, die allerdings nicht von gegenregulatorischen Maßnahmen wie etwa Erbrechen gefolgt werden. Sie betrifft vor allem Typ-2-Diabetes-Patienten. Zwar kommt diese Essstörung nicht häufiger vor als bei Menschen mit gesundem Stoffwechsel. Weil die Betroffenen dadurch aber an Gewicht zulegen, wirkt Insulin bei ihnen noch weniger blutzuckersenkend, und der Diabetes verschlimmert sich.

Die DDG empfiehlt im Falle einer Essstörung bei Diabetespatienten eine Psychotherapie. „Ob ambulant, teilstationär oder stationär: Eine Psychotherapie ist die Therapie der ersten Wahl“, sagt Privatdozent Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG, Bad Mergentheim, Koordinator der Leitlinie. Reine Schulungs- und Selbsthilfe-Programme allein reichten nicht aus, heißt es in der neuen Leitlinie.

In Kauf nehmen die Experten dabei, dass der Heilungsprozess bei einer Psychotherapie meist mehrere Monate umfasst. Herpertz hebt dafür das oft positive Ergebnis der Behandlung hervor: Bei Typ-1-Diabetikern stabilisiere sich Untersuchungen zufolge der Blutzuckerspiegel nachhaltig und reduziere das Risiko diabetischer Spätschäden.

**Quelle:**

S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung 2013

1. Teil in: Diabetologie 2013, Ausgabe 3, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1335785>

2. Teil in Diabetologie 2013; Ausgabe 4 (ET: August), 10.1055/s-0033-1335889

## **Diabetes und Psyche: Die Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ – warum Menschen mit Diabetes und psychischen Problemen besondere Betreuung brauchen**

Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG); Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin – Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin, St. Josefskrankenhaus Heidelberg

Diabetes mellitus ist mit erheblichen Belastungen verbunden. Diese schränken nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen ein, sondern sind auch als eine Ursache dafür anzusehen, dass die Diabetestherapie bei vielen Patienten nicht so effektiv ist, wie sie sein könnte.

Für die Therapie und die langfristige Prognose des Diabetes mellitus sind somatische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen von großer Wichtigkeit.

Bei der Diabetestherapie kommt dem Patienten die entscheidende Rolle zu, da dieser die wesentlichen Therapiemaßnahmen des Diabetes in seinem persönlichen Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich durchführen muss. Die Prognose des Diabetes hängt daher zu einem großen Teil davon ab, inwieweit dies dem Betroffenen in seinem sozialen, kulturellen, familiären und beruflichen Umfeld gelingt.

Dies wird erschwert, wenn eine Person mit Diabetes

- zu wenig Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung hat und ungenügende Fertigkeiten besitzt, um damit im Alltag zurechtzukommen,
- den Diabetes gefühlsmäßig nicht akzeptiert hat,
- eine sehr negative Einstellung gegenüber der Erkrankung und der Diabetestherapie hat,
- Probleme im Umgang mit den Anforderungen der Diabetestherapie und möglichen schweren Komplikationen (z.B. Folgeerkrankungen, schwere Unterzuckerungen) hat,
- Lebensgewohnheiten nicht verändert, die einer erfolgreichen Selbstbehandlung entgegenstehen (z.B. Essensgewohnheiten),
- persönliche Probleme oder schwierige Lebensumständen hat, die einer erfolgreichen Diabetesbehandlung im Alltag entgegenstehen,
- zusätzliche psychische Probleme oder Erkrankungen hat (z.B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Suchterkrankungen).

Diabetes mellitus und psychische Erkrankungen begünstigen sich gegenseitig und sind mit einem deutlich erhöhten Risiko für die Entwicklung von Folgeschäden und Komplikationen sowie Chronifizierung und Verlust an Lebensqualität verbunden.

Die meisten Patienten erhalten trotz diabetesbezogener psychosozialer Belastungen nur selten professionelle Hilfe durch Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater. Um den Wünschen und Nöten der betroffenen Menschen mit Diabetes besser gerecht werden zu können, ist eine bessere Integration psychosozialer Konzepte in die Diabetestherapie notwendig.

Inhalte der Leitlinien sind neben Informationen zur Patientenschulung und über verhaltensmedizinische Interventionen auch Informationen über Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin. Ein wichtiger Bereich sind psychische Erkrankungen bei Diabetes; insbesondere werden Depressionen, Angst- und Essstörungen besprochen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Juni 2013

**Psychosoziale Versorgung von Menschen mit Diabetes ist verbesserungswürdig  
Deutsche Diabetes Gesellschaft fordert bessere psychosoziale Versorgungsangebote**

Privatdozent 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“

Psychische Störungen haben bei Menschen mit Diabetes zumeist unmittelbare negative Auswirkungen auf die Therapie und langfristige Prognose des Diabetes. Dies ist das Ergebnis der neuen und weltweit einzigen Leitlinie zu Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“. Daher fordert die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) bessere Versorgungsbedingungen für Menschen mit Diabetes und psychosozialen Problemen und/oder psychischen Störungen.

Bei der Diabetestherapie kommt dem Patienten eine ganz entscheidende Rolle zu, da dieser die wesentlichen Therapiemaßnahmen des Diabetes dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen muss. Die Prognose des Diabetes hängt daher zu einem großen Teil davon ab, inwieweit dies den Betroffenen in ihrem persönlichen Alltag gut gelingt. Ein hohes Ausmaß an psychosozialen Belastungen sowie psychischen Erkrankungen erschwert Menschen mit Diabetes die Umsetzung der Therapie.

Besonders psychische Erkrankungen führen bei Menschen mit Diabetes zu einer schlechteren Blutzuckereinstellung und einer deutlich schlechteren Prognose der Erkrankung. Um diese Patienten müssen wir uns daher mehr als bisher intensiv kümmern.

Tatsächlich sind die Bedingungen für die psychosoziale Betreuung und Behandlung von Menschen mit Diabetes und emotionalen Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung oder psychischen Erkrankung leider noch nicht optimal. Bei den meisten Kostenträgern fehlt die Erkenntnis, dass der Diabetes für viele Betroffene auch eine psychische Belastung darstellt, die genauso ernst zu nehmen ist, wie die Einstellung der Blutzuckerwerte oder die Behandlung von Folgekomplikationen des Diabetes.

Hierfür mangelt es jedoch in der Diabetestherapie zumeist an den notwendigen psychosozialen Ressourcen. Im Gegensatz zu anderen chronischen Erkrankungen gibt es in der stationären wie ambulanten Therapie von erwachsenen Menschen mit Diabetes keine adäquaten Abrechnungsziffern für psychosoziale Leistungen, die es erlauben würden, psychosoziale Fachkräfte in die Behandlung der Zuckerkrankheit zu integrieren. Ebenfalls im Gegensatz zu anderen chronischen Erkrankungen gibt es in Deutschland keine „Diabetes-Beratungsstellen“, bei denen Betroffene fachkundige Unterstützung bei psychosozialen Problemen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung bekommen könnten. Nach den neusten Erkenntnissen der Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ müssen wir uns schon fragen, warum wir trotz einer guten

Datenlage über die psychosozialen Probleme wie auch über die Effektivität therapeutischer Interventionen in der Versorgung so wenige psychosoziale Angebote für Menschen mit Diabetes haben. Da gibt es noch einen großen Nachbesserungsbedarf.

Eine bessere psychosoziale Betreuung von Menschen mit Diabetes stellt für die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) daher ein wichtiges Ziel dar. Einen Anfang hat die Fachgesellschaft schon gemacht. Seit 2003 bildet sie Psychologen und psychologische Psychotherapeuten zu „Fachpsychologen DDG“ aus. 155 Kollegen/innen haben diese Zusatzausbildung mittlerweile absolviert, dies sie besonders zur Beratung und Therapie von Menschen mit Diabetes und psychosozialen Problemen wie auch psychischen Störungen qualifiziert. In Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Rheinland Pfalz gibt es zudem eine Weiterbildung von psychologischen Psychotherapeuten zu „Psychodiabetologen“. Das sind gute Ansätze, die aber in der Praxis daran scheitern, dass es bislang keine Vergütungsstrukturen für ambulante wie stationäre Angebote für diese besonders qualifizierten Kollegen gibt.

Einig sind sich die Autoren der Leitlinie auch darin, dass psychosoziale Belastungen in der Therapie des Diabetes deutlich mehr Beachtung finden sollten. Hierzu gibt es evidenzbasierte Schulungs- und Behandlungskonzepte, die auf die Reduktion psychosozialer Belastungen abzielen und zu einem gewissen Ausmaß auch eine Prävention für das Auftreten klinisch manifester psychischer Erkrankungen darstellen. Empfohlen wird auch, dass die Psychotherapie von Menschen mit Diabetes nach Möglichkeit von Therapeuten durchgeführt werden sollte, die das Krankheitsbild des Diabetes und dessen Therapieanforderungen gut kennen und besondere Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Diabetes haben.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Juni 2013

## **Diabetes und Essstörungen: Eine gefährliche Kombination – welche therapeutischen Hilfen gibt es?**

Professor Dr. med. Stephan Herpertz, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Sprecher der Leitlinie von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Adoleszente und junge Frauen mit Typ-1-Diabetes mellitus (DM) zeigen eine überzufällige Koinzidenz mit der Bulimia nervosa (BN). Aber auch die Prävalenz von Essstörungen, die nicht alle Kriterien der BN erfüllen (atypische Essstörungen, subsyndromale Essstörungen), ist im Vergleich zu Frauen dieser Altersgruppe ohne DM erhöht. Die Komorbidität von Typ-1-DM und einer Essstörung stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung späterer diabetischer Folgeerkrankungen dar. So zeichnen sich essgestörte Patientinnen mit Typ-1-DM durch eine unzureichende Stoffwechselkontrolle und die frühzeitigere Entwicklung von diabetischen Spätschäden wie der Retinopathie (Schädigung der Augen), Nephropathie (der Niere) und Neuropathie (der Nerven) aus. Auch die Mortalität ist bei der Komorbidität von DM und einer Essstörung erhöht.

Bulimisches Essverhalten ist geprägt durch Kontrollverluste bei der Nahrungsaufnahme (Essanfall) und gegenregulatorische Maßnahmen, um die im Essanfall aufgenommenen überschüssigen Kalorien wieder zu verlieren. Diese gegenregulatorischen Maßnahmen umfassen in der Regel Fasten (Diäten), exzessiven Sport, Erbrechen, Laxantienabusus etc.). Eine für Patientinnen mit DM charakteristische gegenregulatorische Maßnahme ist das „Insulin-Purging“: Mittels bewusster Reduktion der Insulindosis und konsekutiver Glukosurie (Ausscheidung von Zucker über den Urin) kann eine drastische Gewichtsabnahme induziert werden. Insulin-Purging geht mit der frühzeitigen Entwicklung diabetischer Spätschäden einher.

Die Binge-Eating-Störung, eine neue Essstörungsentität, ist insbesondere bei Übergewicht und Adipositas zu beobachten. Auch wenn die Binge-Eating-Störung bei Menschen mit Typ-2-DM im Vergleich zu stoffwechselgesunden Menschen nicht häufiger auftritt, stellt sie doch einen Risikofaktor für eine akzelerierte Gewichtszunahme dar, welche in der Regel mit einer Zunahme der Insulinresistenz (Unwirksamkeit von Insulin) einhergeht.

Fazit: Bei jeder jungen Patientin mit Typ-1-DM, unzureichender Stoffwechseleinstellung sowie erheblichen Schwankungen des Blutglukosespiegels und des Gewichts sollte frühzeitig eine BN mit oder ohne „Insulin Purging“ ausgeschlossen werden. Bei allen Essstörungen stellt die Psychotherapie das Mittel der Wahl dar. Wegen der gesundheitlichen Gefahren durch die Essstörung, der häufig anzutreffenden komorbiden depressiven Störung sowie der negativen Auswirkungen auf die Diabetestherapie wird eine fachpsychotherapeutische Behandlung dieser Patientinnen empfohlen. Beim Typ-1 Diabetes kommt es laut Studien durch die Psychotherapie zu einer deutlichen Besserung der Stoffwechsellage und damit zu einer Minderung des Risikos der

frühzeitigen Entwicklung von diabetischen Spätschäden. Studien an Patienten mit Typ 2 Diabetes sind bisher wenig bekannt.

Zur Therapie:

Psychotherapie wird heute störungsübergreifend und störungsorientiert durchgeführt. Im Hinblick auf die Essstörung wird eine Normalisierung des Essverhaltens und zum Beispiel bei der Magersucht eine Normalisierung des Körpergewichts angestrebt. Gleichzeitig wird versucht, die zur Essstörung führenden Probleme zu behandeln, welche in der Regel mit dem Selbstwert zu tun haben. In der Adoleszenz, wo der Manifestationsgipfel der Essstörungen liegt (Magersucht und BN) entsteht in der Regel auch der Diabetes mellitus Typ 1. Ein für diese Altersgruppe pathognomonischer Selbstwertkonflikt wird durch den Diabetes noch verschärft. Darauf richten sich die therapeutischen Ansätze. Auch ist es wichtig, eben wegen dieser Altersgruppe, die Familie in die Therapie mit einzubeziehen. Auch sollte der oder die Psychotherapeut/in Grundkenntnisse in der Diabetologie besitzen, sonst fühlt sich der/die Patientin nicht ausreichend verstanden.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2013

## **Diabetes und Depression: Doppelt so häufig wie in der Gesamtbevölkerung und schlecht für die Prognose – welche Unterstützung benötigen Diabetiker mit Depressionen?**

Professor Dr. med. Johannes Kruse, Ärztlicher Direktor der Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätskliniken Gießen und Marburg; Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Menschen mit Diabetes leiden doppelt so oft unter einer Depression wie die Normalbevölkerung. Circa 10 Prozent aller Menschen mit Diabetes haben eine depressive Störung, nahezu jeder dritte Diabeteserkrankte weist eine erhöhte psychische Belastung auf. Dabei zeigt sich ein bidirektionaler Zusammenhang: Einerseits erhöht die Depression das Risiko, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln, andererseits gehen die Belastungen der körperlichen Erkrankung und der intensiven Behandlung einher mit der Entwicklung von seelischen Anpassungsstörungen und depressiven Symptomen. Häufig entwickelt sich ein Kreislauf: Je stärker der Patient körperlich belastet ist, umso häufiger entwickelt er eine depressive Symptomatik, und diese wiederum verstärkt die Wahrnehmung der körperlichen Beschwerden.

Die depressive Symptomatik verstärkt die Einschränkungen, die sich durch den Diabetes ergeben. Sie ist bei Menschen mit Diabetes verbunden mit einer erheblichen Reduktion der Lebensqualität, einer geringeren Therapiezufriedenheit, einer höheren Rate beruflicher Einschränkungen und erhöhten Kosten in der medizinischen Versorgung. Diabeteserkrankte Patienten stellen ihren Stoffwechsel ungünstiger ein und haben einen ungesünderen Lebensstil mit Bewegungsmangel und Nikotinabhängigkeit, soweit sie eine depressive Symptomatik haben. Auch gibt es mittlerweile eine Reihe von Langzeitstudien, die darauf hinweisen, dass Diabeteserkrankte mit depressiver Symptomatik eine erhöhte Sterblichkeitsrate gegenüber Diabeteserkrankten ohne Depression haben.

Daher kommt der Diagnostik von depressiven Symptomen und Störungen in der Versorgung von Menschen mit Diabetes eine wichtige Rolle zu. Im Deutschen Gesundheitspass Diabetes ist eine Kurzskaala eingearbeitet, in der die Patienten selber prüfen können, ob sie sich zur Abklärung einer Depression an einen Arzt wenden sollen (siehe nächste Seite). Dieser kann mit Hilfe von zwei Fragen klären, ob eine depressive Symptomatik vorliegt.

Die nun überarbeiteten Leitlinien zur Behandlung der depressiven Symptomatik bei Menschen mit Diabetes empfehlen den Patienten eine psychotherapeutische Behandlung oder eine psychopharmakologische Therapie. Bei sehr schwer ausgeprägten Depressionen ist die Kombination aus beiden Therapien angezeigt. Ist die depressive Symptomatik Folge der Auseinandersetzung mit der körperlichen Erkrankung, so ist es zentral, dass Therapeuten die somatopsychischen Wechselwirkungen in der Behandlung beachten. Zentraler Baustein dieser Behandlung ist es, die Ressourcen der Patienten im Umgang mit der Erkrankung zu fördern. Das Ziel ist es, die depressive Symptomatik zu reduzieren, die Lebensqualität zu steigern, aber auch den Patienten in der Bewältigung der körperlichen Erkrankung zu unterstützen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Berlin, Juni 2013

### Auszug Deutscher Gesundheitspass Diabetes (Quelle: Kirchheim Verlag):

#### Wie ist Ihr Wohlbefinden?

Während der letzten 2 Wochen ...						
fühlte ich mich fröhlich und gut gelaunt	5	4	3	2	1	0
fühlte ich mich ruhig und entspannt	5	4	3	2	1	0
fühlte ich mich aktiv und vital	5	4	3	2	1	0
fühlte ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht	5	4	3	2	1	0
erlebte ich täglich eine Fülle von Dingen, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0
Gesamt						

#### Anleitung:

##### So geht es:

Überlegen Sie, wie Sie sich in den letzten beiden Wochen gefühlt haben. Machen Sie ein Kreuz bei der Antwort, die am ehesten für Sie zutrifft. Zählen Sie anschließend die fünf Zahlen, die sich aus Ihren Antworten ergeben, zusammen. Maximal können Sie 25 Punkte erreichen, minimal 0 Punkte. Je höher Ihre Punktzahl ist, desto besser ist Ihr aktuelles Wohlbefinden.

Ein Punktwert unter 13 ist ein deutlicher Hinweis auf ein momentan eher schlechtes Wohlbefinden. Ab einem Punktwert unter 10 sollten Sie auf jeden Fall von sich aus Ihren Arzt ansprechen, der mit Ihnen besprechen sollte, was die Ursache für Ihr momentan eher eingeschränktes Wohlbefinden sein könnte.

Mehr zum Deutschen Gesundheitspass Diabetes:

<http://www.kirchheim-shop.de/patienten/TYP-2-DIABETES/Buecher/Gesundheits-Pass/Gesundheits-Pass-Diabetes.html>.

## **Diabetes und Demenz: Wenn zwei Alterserkrankungen zusammentreffen – wie lässt sich die große Zahl der Betroffenen zukünftig angemessen betreuen?**

Professor Dr. rer. nat. Karin Lange, 2. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie der DDG; Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie; Medizinische Hochschule Hannover

- 1) Die Prognosen zum Altenquotienten<sup>1</sup>, das heißt der Relation der Anzahl von Bürgern im Alter über 65 Jahren im Verhältnis zur Anzahl von Bürgern zwischen 20 und 65 Jahren, sowie Daten zur Prävalenz von Demenzerkrankungen in Deutschland<sup>2</sup> weisen bereits seit Jahren auf eine herausfordernde gesellschaftliche Aufgabe hin: Einer sinkenden Zahl von Menschen im Berufsleben steht eine wachsende Zahl älterer und betagter Menschen gegenüber, die mit steigendem Alter immer häufiger von irreversiblen kognitiven Abbauprozessen betroffen sind.
- 2) Forschungsdaten aus der letzten Dekade weisen dazu auf die Bedeutung einer bisher weniger beachteten Folgeerkrankung des Diabetes hin: milde kognitive Beeinträchtigungen (MCI) und demenzielle Erkrankungen<sup>3</sup>. Danach ist ein Typ-2-Diabetes mit einem 2- bis 4-fach erhöhten Risiko für eine vaskuläre Demenz und mit einem 1,5- bis 2-fach erhöhten Risiko für eine Alzheimer-Demenz verbunden.
- 3) Während langfristig hyperglykämische Stoffwechsellagen (zu hohe Blutzuckerwerte) das Risiko für eine kognitive Beeinträchtigung auf lange Frist erhöhen, stellen schwere Hypoglykämien (Unterzuckerungen) eine besondere Gefährdung für ältere und bereits kognitiv beeinträchtigte Personen mit Diabetes dar<sup>4</sup>.

### **Für die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Diabetes und Demenz ergeben sich folgende Empfehlungen:**

- Bei Hinweisen auf Symptome kognitiver Beeinträchtigung soll die Fähigkeit zur verantwortlichen Selbsttherapie des Diabetes strukturiert überprüft und ein Demenzscreening durchgeführt werden.
- Bei älteren Menschen mit Diabetes soll bei der Wahl der Therapieziele und der Therapieprinzipien der Heterogenität der körperlichen und psychischen

---

<sup>1</sup> Eisenmenger M, Pöttsch O, Sommer B. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006) Bericht „Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Pressestelle Wiesbaden

<sup>2</sup> Weyerer S (2005) Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Heft 28]. Berlin, Robert Koch-Institut

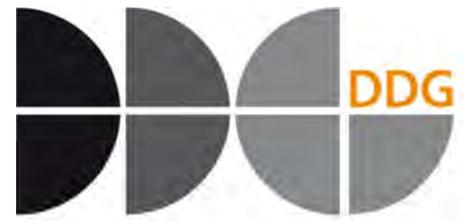
<sup>3</sup> Strachan MW. (2011) The brain as a target organ in Type 2 diabetes: exploring the links with cognitive impairment and dementia. *Diabetic Medicine*, 28, 141-147

<sup>4</sup> Whitmer RA, Karter AJ, Yaffe K, Quesenberry CP & Selby JV (2009) Hypoglycemic episodes and risk of dementia in older patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA*, 301, 1565-1572

Leistungsfähigkeit sowie der damit assoziierten Risiken dieser Patientengruppe Rechnung getragen werden.

- Bei älteren Personen mit deutlichen kognitiven und/oder funktionalen Einschränkungen sollten HbA1c-Werte angestrebt werden, bei denen Hypoglykämien sicher vermieden werden. Es sollten jedoch auch Hyperglykämien vermieden werden, die zur Verstärkung der geriatrischen Syndrome oder zu Dehydratation führen, das heißt, HbA1c-Werte um 8 Prozent (64 mmol/mol) sind anzustreben. Einfache Therapiekonzepte und den täglichen Routinen angepasste Ernährungsempfehlungen sollten vor Überforderung schützen und die Lebensqualität erhalten.
- Bei Demenzkranken sind HbA1c-Werte sekundär, jedoch sollten die Lebensqualität beeinträchtigenden Syndrome und Hypoglykämien vermieden werden. Einfache antihyperglykämische Therapien, die von Pflegenden mit geringer Belastung der Patienten durchgeführt werden, sind hier sinnvoller, als für beide Seiten überfordernde Konzepte.
- Die Komplexität der Situation vieler älterer Patienten mit Diabetes und gleichzeitiger demenzieller Erkrankung macht schließlich eine ausgewogene Kooperation zwischen allen professionellen Gesundheitsanbietern und den an der Versorgung beteiligten Familienangehörigen / Pflegekräften erforderlich. Hier sind insbesondere weitere Qualifizierungsangebote für Pflegende (Angehörige und Professionelle) notwendig.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, Juni 2013



Deutsche Diabetes Gesellschaft

## Diabetes mellitus – Zahlen und Fakten

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die Menschen jeden Alters betreffen kann.

### *Zahlen:*

Von Diabetes mellitus sind in Deutschland mehr als sechs Millionen Menschen betroffen. Die Zahl der Neuerkrankungen beträgt hierzulande etwa 270 000 pro Jahr. Die Dunkelziffer wird auf weitere drei Millionen Betroffene geschätzt. (\*) Bis zum Jahr 2030 steigt die Zahl der weltweit an Diabetes erkrankten Menschen von derzeit etwa 371 Millionen um geschätzte 51 Prozent auf voraussichtlich circa 552 Millionen. (\*\*)

### *Ursachen:*

Diabetes Typ 1 ist in der Regel eine angeborene Autoimmunkrankheit: Die insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse gehen dabei zugrunde. Zu den Auslösern für einen Typ-2-Diabetes gehören starkes Übergewicht, zu wenig Bewegung, erhöhte Blutfettwerte und Bluthochdruck.

### *Begleit- und Folgeerkrankungen:*

Die Folgen von Diabetes mellitus sind vor allem dann schwerwiegend, wenn die Erkrankung über lange Zeit unentdeckt bleibt: Amputationen, Bluthochdruck, Diabetische Netzhauterkrankung bis hin zur Erblindung, Diabetisches Fußsyndrom, Herzinfarkt, Nervenschäden, Niereninsuffizienz und Schlaganfall gehören zu den gravierendsten Folgeerkrankungen.

### *Behandlung:*

Diabetes Typ 1 muss immer mit dem Hormon Insulin behandelt werden. Diabetes Typ 2 kann mit einer Ernährungsumstellung, mehr körperlicher Bewegung und in einer Kombination mit Tabletten (orale Antidiabetika) behandelt werden. Bei zunehmender Krankheitsdauer werden Insulin-Injektionen nötig.

## Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit mehr als 8600 Mitgliedern zu den größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie vertritt die Interessen von Ärzten in Klinik und Praxis, Wissenschaftlern, Psychologen, Apothekern, Diabetesberatern sowie anderen diabetologisch tätigen Experten. Ziel der Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes mellitus und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen. Zu den Aufgaben der DDG gehört es, evidenzbasierte Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus zu entwickeln. Innerhalb der Fachgesellschaft befassen sich verschiedene Arbeitsgemeinschaften mit wichtigen Themen im Zusammenhang mit Diabetes wie „Diabetes und Schwangerschaft“ oder „Diabetischer Fuß“. Jährlich veranstaltet die DDG zwei Fachkongresse mit rund 10 000 Teilnehmern. Dort tauschen sich Ärzte und Wissenschaftler über neueste Erkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit Diabetes aus. Darüber hinaus bietet die DDG qualifizierte Fort- und Weiterbildung durch ein breites Angebot an Kursen und Seminaren an. Auf Länderebene vertreten 15 Regionalgesellschaften der DDG die Interessen von Wissenschaftlern, Diabetologen und Experten in der Diabetologie. Sie bemühen sich darum, dass Ärzte die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise dem Patienten zugute kommen lassen.

Weitere Informationen unter [www.ddg.info](http://www.ddg.info)

\* : Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2013

\*\* : IDF Atlas 2012

## Curriculum Vitae

Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel  
Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG); Chefarzt der  
Abteilung für Innere Medizin – Gastroenterologie, Diabetologie und  
Ernährungsmedizin, St. Josefskrankenhaus Heidelberg



### Beruflicher Werdegang:

Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel studierte Humanmedizin an den Universitäten Heidelberg, Tübingen und Göttingen. Anschließend absolvierte er seine wissenschaftliche Ausbildung bei Professor W. Creutzfeldt in Göttingen.

An der Universitätsklinik Kiel unter Leitung von Professor U. R. Fölsch erlangte er den Facharzt für Innere Medizin. Er bildete sich zum Diabetologen DDG und Gastroenterologen weiter und habilitierte für das Fach Innere Medizin.

Als Gastroenterologischer Oberarzt arbeitete er in der Abteilung von Professor J. F. Riemann am Klinikum der Stadt Ludwigshafen. Dort wurde er ärztlicher Leiter des Diabetes- und Stoffwechszentrums.

2004 wechselte er als Chefarzt in das St. Vincenz-Krankenhaus Limburg. Seit April 2012 ist er Chefarzt am St. Josefskrankenhaus in Heidelberg. Seine dortigen Schwerpunkte sind neben der Gastroenterologie die interdisziplinäre Diabetologie und die Behandlung von Komplikationen und Folgeerkrankungen des Diabetes.

### Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS)
- Gastroenterologische Arbeitsgemeinschaft Rheinland Pfalz – Saarland (GARPS)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- diabetesDE
- Arbeitskreis Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)
- Hessische Fachgesellschaft für Diabetologie
- Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz (ADE)
- Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren (DGEbV)

### Vorstandsmitglied:

- Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

*Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
Psychosoziales und Diabetes  
Dienstag, 18. Juni 2013, 11.00 bis 12.30 Uhr, Berlin*

- Vorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Diabetologen (BVDK im BDD)
- Vorstand im Ressort Versorgung von diabetesDE
- Vorsitzender der HFD (Hessische Fachgesellschaft für Diabetologie) bis 2012
- Stellvertretender Sprecher aller Regionalgesellschaften der DDG

## Curriculum Vitae

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



### Beruflicher Werdegang:

#### Ausbildung:

1979–1986	Studium der Psychologie an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
2004	Promotion an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg
2009	Habilitation an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Privatdozent

#### Berufstätigkeit:

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
Seit 2007	Geschäftsführer des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Mergentheim (FIDAM GmbH)

### Lizenzen/Zertifizierungen:

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 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 Verhaltens- modifikation (AVM), Würzburg, und der Magdeburger Akademie für praxisorientierte Psychologie (Ausbildung „Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut“)

- 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

**Sonstige Aktivitäten:**

- 1987 Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmedizin und -modifikation (AVM-Deutschland)
- 1987–1994 Vorstand der AVM-Würzburg
- 1987 Gründungsmitglied und 2. Vorsitzender des Vereins „Diabetes und Psychologie“
- 1989–1992 Mitarbeit als Experte in der „Rehakommission des Verbands der Deutschen Rentenversicherung (VDR)“, Expertengruppe „Krankheiten der Verdauungsorgane/Stoffwechselkrankheiten“
- Seit 1992 „Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V.“, Gründungsmitglied  
1992–1994: Vorstandsmitglied  
Seitdem: Mitglied des wissenschaftlichen Beirats
- Seit 1994 Invitational member of the International research group of behavioral aspects of diabetes (BRIDGE)
- Seit 1995 Mitarbeit in der indikationsspezifischen Expertengruppe „Krankheiten der Verdauungsorgane/des Stoffwechsels“ der gesetzlichen Rentenversicherungsträger“ (VDR)
- 1995–2004 Mitarbeit in der Expertengruppe „MEGAREDO – Dokumentation der metabolisch-gastroenterologischen Rehabilitation der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V.“
- Seit 1997 Mitglied des Ausschusses „Qualität, Schulung und Weiterbildung“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG (QSW)
- Seit 1998 1. Vorsitzender des Vereins „Diabetes und Psychologie“, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Verhaltensmedizin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)“
- Seit 2000 Mitglied des Advisory-Boards der Novo-Akademie für Diabetes
- Seit 2000 Beratendes Mitglied des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberger Diabetologen (ADBW)
- Seit 2001 Leitlinienkommission der DDG und Deutsches Kolloquium für Psychosomatische Medizin (DKPM), seit 2004 Sprecher

Seit 2002	„Nationaler Botschafter Diabetes“ – Mitarbeit in einem Expertengremium Diabetes des Deutschen Diabetesforschungszentrums (DFZ) in Düsseldorf, gefördert durch das BMG
Seit 2002	Mitglied des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft „Prävention“ der DDG
Seit 2004	Mitglied der „Psychosocial Study group of the European Diabetes Association (PASD)“
Seit 2004	Mitarbeit im wissenschaftlichen Beirat des Zentrums für Patientenschulung am Institut für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg (Professor Faller)
Seit 2006	Deutscher Vertreter in der „Education study group der European Diabetes Association (EASD)“
Seit 2008	Mitglied der Kommission Einbindung der Apotheker in die Diabetikerversorgung (DDG)
Seit 2009	Mitglied des „Ressort Prävention und Versorgung“ diabetesDE
Seit 2012	Mitglied des erweiterten Vorstands des Kompetenznetzes „Diabetes“, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

**Lehr- und Prüfungstätigkeit:**

- Lehrauftrag am Lehrstuhl für klinische Psychologie der Universität Bamberg
- Diabetesberaterausbildung (DDG), Prüfungsvorsitz
- Diabetesassistentinnenausbildung (DDG), Prüfungsvorsitz
- Dozent bei der Ausbildung zum Diabetologen DDG
- Dozent bei der Ausbildung zum Offizinapotheker
- Dozent bei der Ausbildung zum „Fachpsychologen DDG“ und „Psychodiabetologe“
- Mitglied des Prüfungsausschusses zum „Psychodiabetologen“, Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz
- Dozent an der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stephan Herpertz  
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität  
Bochum; Sprecher der Leitlinie von Seiten der Deutschen  
Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche  
Psychotherapie (DGPM)



### Beruflicher Werdegang:

- |           |   |
|-----------|---|
| 1975–1977 | Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen   |
| 1977–1982 | Studium der Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn   |
| 1980–1982 | Studium der Philosophie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  |
| 1982      | Approbation   |
| 1983      | Promotion   |
| 1983–1990 | Assistenzarzt für Innere Medizin in Bonn, Linz/Rhein, Koblenz (Schwerpunkt Gastroenterologie, Diabetologie)   |
| 1990–1993 | Assistenzarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken/Universitätsklinikum Duisburg-Essen   |
| 1998      | Forschungspreis der Christina Barz-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft für die Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Anorexia und Bulimia nervosa, insbesondere die Untersuchungen zur Erforschung der Komorbidität von Diabetes mellitus und Essstörungen |
| 1993–2003 | Oberarzt, seit 1999 leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Klinik  |
| 2000      | Habilitation und Erteilung der Venia Legendi für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen   |
| 2003      | Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der LWL-Universitätsklinik Dortmund, verbunden mit dem Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum  |
| Seit 2010 | Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum   |

**Wissenschaftliche Schwerpunkte:**

Diagnostik und Therapie von Essstörungen, psychobiologische Aspekte der Gewichtsregulation, Komorbidität von Diabetes mellitus und psychischen Störungen, Sprecher der S3-Leitlinien: Diagnostik und Therapie der Essstörungen, Psychosoziales und Diabetes (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF)

**Forschungsprojekte, Drittmittelinwerbungen (Auswahl):**

2013

Mittragsteller der Studie: „Psychological and physiological consequences of exposure to the thin ideal promoted by mass media in ED patients“ in Kooperation mit dem Departement für Klinische Psychologie, Universität Fribourg, Schweiz. Förderung durch die Schweizer Anorexia nervosa Stiftung

2012

Body image, psychological impairment and media exposure. Grant, Ruhr-University Bochum (FoRUM AZ: F741-2012)

2012

Mittragsteller der Studie: „Zusammenhänge von Essverhalten und Psychischen Faktoren im Hochleistungssport“ (ZEPH) in Kooperation mit dem Olympiastützpunkt Dortmund. Förderung durch die Schweizer Anorexia nervosa Stiftung

2010–2013

Kooperationspartner in der Studie: „INTERNET-based guided self-help and cognitive-behavioral therapy for patients with binge eating disorder: a multicenter, randomized controlled trial“ (INTERBED). Förderung durch die DFG

2008–2011

Mittragsteller der Studie: „Essen Bochum Obesity Treatment Study“ (EBOTS) innerhalb des Konsortiums „Weight loss maintenance“ im Kompetenznetzwerk Adipositas. Förderung: BMBF (01GV0601)

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Johannes Kruse  
Ärztlicher Direktor der Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie,  
Universitätskliniken Gießen und Marburg; Vorsitzender der Deutschen  
Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie  
(DGPM)



### Beruflicher Werdegang:

- Seit 5/2011      Leiter des Lehrstuhls für Psychosomatik und Psychotherapie an der Phillips-Universität Marburg und Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM), Marburg
- Seit 5/2009      Inhaber des Lehrstuhls für klinische Psychosomatik und Psychotherapie an der Justus-Liebig-Universität Gießen und Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM), Gießen (ehemaliger Lehrstuhl von Professor Dr. H.-E. Richter)
- 2007              Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 1996–2009      Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Direktors der Klinik für Psychotherapeutische Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Rheinische Kliniken Düsseldorf
- 2001              Habilitation und Erteilung der Venia Legendi für das Fach Psychotherapeutische Medizin, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 1991–1996      Wissenschaftlicher Assistent (C1) am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Ärztlicher Direktor: Universitäts-Professor Dr. Dr. W. Tress)
- 1988              Promotion
- 1985–1990      Assistenzarzt an der Klinik und am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 1984–1985      Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik der Rheinischen Landeskliniken Viersen

### Forschungsschwerpunkte:

- Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen

- Klinische Studien
- Psychotraumatologie
- Somatoforme Störungen

**Preise und Auszeichnungen:**

- 2003 Römer-Preis des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin für die Arbeit „Diagnostische Falleinschätzung und ihre Determinanten bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden und Störungen in hausärztlichen Praxen“
- 2011 Heigl-Preis der Heigl-Stiftung gemeinsam mit Privatdozent Dr. W. Wöller für das Buch „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Basisbuch und Praxisleitfaden“

**Eine Auswahl von Publikationen findet sich hier:**

[http://www.ukgm.de/ugm\\_2/deu/ugi\\_pso/ugi\\_pso\\_team.php?id=34](http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_pso/ugi_pso_team.php?id=34)

## Curriculum Vitae

Professor Dr. rer. nat. Karin Lange  
2. Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und  
Psychologie der DDG; Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit  
Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover



## Beruflicher Werdegang:

1982	Diplom Psychologie (Technische Universität Braunschweig)
1982–1984	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Entwicklungspsychologie (TU Braunschweig)
1985	Promotion zum Dr. rer. nat. (Technische Universität Braunschweig)
1984–1986	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Entwicklungspsychologie (JW Goethe Universität Frankfurt)
1986–1990	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Diabetesforschungsinstitut (Heinrich Heine Universität Düsseldorf)
Seit 1990	Medizinische Hochschule Hannover und Kooperation mit dem Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche am Kinderkrankenhaus auf der Bult Hannover
2002	Venia Legendi für Medizinische Psychologie (Medizinische Hochschule Hannover)
Seit 4/2005	Leiterin der Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie (Medizinische Hochschule Hannover)
2008	außerplanmäßiger Professor (Medizinische Hochschule Hannover)

## Forschungs- und Lehrschwerpunkte:

- Entwicklung, Evaluation und Implementierung von Schulungsprogrammen für chronisch kranke Menschen
- Forschung zu psychologischen Aspekten chronischer Krankheit (Bewältigung, Akzeptanz, Therapieadhärenz)
- Ausbildung von Diabetologen, Diabetesberatern, Fachpsychologen Diabetes zu psychodiabetologischen Themen
- Entwicklung von europäischen Standards zur Versorgung und Schulung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes (Better control in pediatric and adolescent diabetes: working to create centres of reference (SWEET-Project))
- Versorgungsforschung zu chronischen Krankheiten

- Ausbildung von Ärzten und ärztlichen Mitarbeitern zur Arzt-Patient-Kommunikation (Entwicklung eines Curriculums zur Gesprächsführung mit Schauspielpatienten für Studierende im Fach Humanmedizin)

**Gremienarbeit:**

- Sprecherin des Ausschusses „Fachpsychologie Diabetes“(DDG) der Arbeitsgemeinschaft für Diabetes und Psychologie in der DDG
- Mitglied im Ausschuss Diabetologie (DDG) der DDG
- 2. Vorsitzende der AG für Diabetes und Psychologie in der DDG
- langjähriges Vorstandsmitglied in der AG für Pädiatrische Diabetologie in der DDG

**Bestellformular Fotos/Dateien:**

**Pressekonferenz „Psychosoziales und Diabetes – neue Leitlinie offenbart, was sich ändern muss“**

**Termin:** Dienstag, 18. Juni 2013, 11.00 bis 12.30 Uhr

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

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

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

- Privatdozent Dr. med. Erhard Siegel
- Privatdozent Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
- Professor Dr. med. Stephan Herpertz
- Professor Dr. med. Johannes Kruse
- Professor Dr. rer. nat. Karin Lange
- die Leitlinie als pdf-Datei
- Kurzskaala „Wie ist Ihr Wohlbefinden?“ als jpg-Datei

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

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen**

**Kontakt für Rückfragen:**

Anne-Katrin Döbler/Christine Schoner

Pressestelle DDG

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-573/Fax: 0711 8931-167

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

[www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de)