

Gemeinsame Online-Pressekonferenz

der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Termin: Mittwoch, 16. Juni 2021, 11.00 bis 12.00 Uhr

Link zur Veranstaltung: <https://attendee.gotowebinar.com/register/8110770038371833360>

Vorläufiges Programm:

Reizthema Cortison – Wundermittel oder Teufelszeug? Aktuelle Sicht eines Endokrinologen

Professor Dr. med. Stephan Petersenn

Zukünftiger Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE) (ab 1.7.2021), ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg

Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS) – die häufigste Hormonstörung fruchtbarer Frauen: Wie sieht die optimale Behandlung aus?

PD. Dr. med. Susanne Reger-Tan

Leiterin des Diabeteszentrum Diabetologikum DDG der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik Essen

Prädiabetes: Die Risiken sind unterschiedlich verteilt. Gezielte Diabetes Typ 2-Prävention anhand der Einteilung in sechs Subtypen

Professor Dr. med. Robert Wagner

Leiter der Endokrinologischen Ambulanz am Universitätsklinikum Tübingen

100 Jahre Insulin: Diabetes Typ 1 im Kindes- und Jugendalter – was wichtig ist für eine normale Entwicklung

Professor Dr. med. Andreas Neu

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Kommissarischer Ärztlicher Direktor an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Tübingen, Leiter der Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle DDG/DGE

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter

Pressestelle

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173/-516

Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

richter@medizinkommunikation.org

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

www.endokrinologie.net

Gemeinsame Online-Pressekonferenz

der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Termin: Mittwoch, 16. Juni 2021, 11.00 bis 12.00 Uhr

Inhalt:

Pressemitteilungen

Expertenstatements der Referenten

Lebensläufe der Referenten

Factsheets

Informationen zu den Medienpreisen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter

Pressestelle

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173/-516

Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

richter@medizinkommunikation.org

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

www.endokrinologie.net

PRESSEMITTEILUNG

Cortisontherapie: Von der Natur lernen und Nebenwirkungen verringern

Gut geschulte Patienten sind im Vorteil

Berlin, Juni 2021 – Autoimmunerkrankungen, Allergien, Entzündungen: Eine Therapie mit Glukokortikoiden kann Wunder wirken, manchmal sogar Leben retten. Doch Patientinnen und Patienten haben - gerade bei Anwendungen, die länger als vier Wochen dauern - oft Angst vor Nebenwirkungen. Dazu gehören etwa ein „Mondgesicht“, Gewichtszunahme, aber auch Osteoporose und Thrombosen. Doch vieles davon lässt sich abmildern. Voraussetzung ist ein Grundwissen über die Abläufe rund um das Hormon im Körper und wie man ihnen flexibel begegnen kann. Was Patientinnen und Patienten über eine Therapie mit dem Stresshormon wissen sollten, erläutern Experten auf der gemeinsamen Online-Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) am Mittwoch, den 16. Juni 2021 um 11.00 Uhr.

Glukokortikoide, umgangssprachlich häufig Cortison genannt, gehören in Deutschland zu den am Häufigsten verordneten Medikamenten. So lag das Prednisolon-Präparat nur eines Herstellers mit knapp 3,5 Millionen Verordnungen im Jahr 2019 bei den gesetzlich Krankenversicherten auf Platz 24 (1). Doch hinter dem Begriff „Glukokortikoide“ verbergen sich verschiedene Substanzen, die auch in ihrer Wirkkraft und Wirkdauer sehr unterschiedlich sind. Den Ausgang bildet das körpereigene Hormon Cortisol, das in den Nebennieren gebildet wird. Um eine bessere Wirksamkeit zu erreichen, wurden verschiedene künstlich hergestellte Glukokortikoide weiterentwickelt, die ihm nachempfunden sind. Prednisolon etwa wirkt je nach Darreichungsform vier- bis fünfmal stärker als der natürliche Ausgangsstoff, Dexamethason sogar 30-mal mehr. „Dies ist wichtig zu wissen, wenn man über diese Substanzgruppe spricht“, sagt Professor Dr. med. Stephan Petersenn von der ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg und zukünftiger Mediensprecher der DGE (ab 1. Juli 2021).

Ebenso wichtig ist die Kenntnis der Symptome sowohl einer Über- als auch Unterversorgung mit Glukokortikoiden. „Hier können wir viel von Krankheitsbildern lernen, die mit einer Erhöhung oder Verringerung des Cortisolspiegels einhergehen.“ Ein Zuviel an Cortisol, wie etwa beim Cushing-Syndrom,

führt unter anderem zu dem gefürchteten Aufschwemmen des Körpers bei gleichzeitigem Muskelverlust. Ein Mangel des Stresshormons, der etwa bei einer Schwächung der Nebennierenrinde vorkommt, hat häufig einen dramatischen Leistungsverlust, Muskel- oder Gelenkschmerzen wie bei einer Grippe, Müdigkeit und das Gefühl von Unterzuckerung zur Folge. „Diese mitunter drastischen Folgen für den Körper lehren uns, auch Über- und Unterversorgung mit Glukokortikoiden im Rahmen einer Therapie frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls gegenzusteuern“, so Petersenn.

Was viele ebenfalls nicht wissen: Der Cortisolspiegel hat einen eigenen Tagesrhythmus – morgens ist er am höchsten. Darüber hinaus steigt er bei größeren Anforderungen wie seelischem und körperlichem Stress. In Ruhe fällt der Wert. „Sobald Patienten mit einem körpereigenen Mangel an Cortisol also etwa Fieber und Gliederschmerzen bekommen, kann die Dosis zu niedrig sein“, so Petersenn. Patienten, die länger Glukokortikoide einnehmen oder an einer Störung der Produktion leiden, sollten deshalb genau über diese Symptome, aber auch das tägliche Auf und Ab dieses Hormons geschult werden. So lässt sich das persönliche Befinden besser einordnen und gegebenenfalls einer Unter- oder Überversorgung vorbeugen. „Eine große Hilfe bei der Schulung kann hier die Unterstützung durch speziell weitergebildete qualifizierte Endokrinologie-Assistenten DGE sein.“ (2)

Ebenso können Ärzte möglichen Nebenwirkungen einer Glukokortikoid-Therapie entgegenwirken. „Dem Risiko, eine Osteoporose zu entwickeln, können wir mit einer täglichen Gabe von 1000 I.E. Vitamin D und je nach Situation mit zusätzlichen knochenschützenden Medikamenten begegnen; der Thrombosegefahr lässt sich bei besonders gefährdeten Patienten mit einer klassischen Antikoagulations-Therapie vorbeugen“, nennt er zwei Beispiele.

„Kenntnisreich und verantwortungsvoll angewendet, kann die Therapie mit Glukokortikoiden eine segensreiche und Lebens(qualität) rettende Maßnahme bei völlig verschiedenen Erkrankungen sein“, fasst DGE-Pressesprecher Professor Dr. med. Matthias Weber aus Mainz zusammen. „Doch Ärzte und Patienten müssen gleichermaßen gut Bescheid wissen.“

Wann eine Glukokortikoidtherapie sinnvoll ist und welche Alternativen es dazu heute gibt, sind weitere Themen auf der gemeinsamen Online-Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) am Mittwoch, den 16. Juni 2021 um 11.00 Uhr.

Literatur:

(1) PharMaAnalyst © Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (www.wido.de)

(2) <https://www.endokrinologie.net/endokrinologie-assistentinnen.php>

Weiterführende Informationen:

<https://www.endokrinologie.net/krankheiten-glukokortikoide.php>

Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen: www.glandula-online.de

AGS-Eltern- und Patienteninitiative: www.ags-initiative.de

Schulungsfilme zur Nebenniereninsuffizienz: adrenals.eu/de/video/

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter

Pressestelle

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173/-516

Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

richter@medizinkommunikation.org

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

www.endokrinologie.net

PRESSEMITTEILUNG

Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS) geht oft mit Typ-2-Diabetes einher Betroffene Frauen über hohes Erkrankungsrisiko aufklären

Berlin, Juni 2021 – Hartnäckiges Übergewicht, vermehrte Körperbehaarung, dünner werdendes Kopfhaar, unerfüllter Kinderwunsch und Akne – dahinter kann ein Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS) stecken. Was viele betroffene Frauen nicht wissen: Die komplexe Störung des hormonellen Regelkreises erhöht auch ihr Risiko, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken um das Zwei- bis Neunfache (1). Darüber hinaus bilden Patientinnen mit PCOS viermal häufiger eine Fettleber aus (2). Entsprechend umfassend sollten Diagnostik und Therapie erfolgen. Doch bis heute ist die häufigste endokrinologische Erkrankung von Frauen im empfangsbereiten Alter in Deutschland nur unzureichend erforscht. Auf der gemeinsamen Online-Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) am Mittwoch, den 16. Juni 2021 um 11.00 Uhr, erläutern Expertinnen und Experten den Zusammenhang von PCOS und Typ-2-Diabetes. Außerdem bewerten sie neue Therapie-Optionen.

Etwa 15 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter hierzulande leiden an einem PCOS (3). Dabei ist unter anderem die Balance der Geschlechtshormone gestört. Ein Überschuss an männlichen Hormonen kann zu einer Vermännlichung der weiblichen Silhouette führen. Ferner fallen entsprechend dem männlichen Verteilungsmuster Kopfhaare aus und wachsen dafür an anderen Stellen. Zu viel Testosteron stört außerdem die Entwicklung der Eibläschen. Dies macht sich als Zyklusstörung und Unfruchtbarkeit bemerkbar. In der Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke ist bei den Betroffenen in über 70 Prozent der Fälle eine typische perlschnurartige Anreihung der Eibläschen sichtbar. „Diese vielen kleinen Zysten haben der Erkrankung den Namen gegeben“, sagt Privat-Dozentin Dr. med. Susanne Reger-Tan, Leiterin des Diabeteszentrums Diabetologikum DDG der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel an der Universitätsklinik Essen.

Doch der Begriff „PCOS“ lässt den engen Zusammenhang mit Typ-2-Diabetes nicht auf den ersten Blick erkennen. Denn auch der Stoffwechsel ist betroffen: Viele Patientinnen leiden an starkem Übergewicht, das trotz aller Anstrengungen nicht weichen will. Dies liegt an einer ebenfalls auftretenden Insulinresistenz.

„Die reduzierte Empfindlichkeit der Körperzellen, auf Insulin zu reagieren, führt zu einem Überschuss an Insulin im Blut“, so Reger-Tan. Der wiederum stimuliert die weitere Gewichtszunahme und verstärkt den Überschuss männlicher Hormone. Damit beginnt ein schwer zu durchbrechender Teufelskreis aus Insulinresistenz, Gewichtszunahme, noch mehr männlichen Hormonen und weiterer Abstumpfung der Körperzellen gegenüber Insulin. In der Folge drohen metabolische Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes schon in jungen Jahren sowie Schwangerschaftsdiabetes.

Die Vielfalt der Symptome bei PCOS, die zudem in unterschiedlicher Ausprägung vorliegen können -, erfordert ein individuelles Vorgehen hinsichtlich der Therapiewahl: „Die optimale Behandlungsstrategie orientiert sich an den vorliegenden Symptomen und an dem individuellen Leidensdruck der betroffenen Frau. In jedem Fall sollte sie auch Konzepte zur Vermeidung von langfristigen Komplikationen wie Diabetes beinhalten“, fasst Reger-Tan zusammen. Dazu gehöre die konsequente Abklärung, Überwachung und gegebenenfalls Therapie möglicher Stoffwechsel-Erkrankungen, so die Endokrinologin, Diabetologin und Ernährungsmedizinerin. Die DGE und DDG erarbeiten derzeit zusammen mit anderen Fachgesellschaften eine gemeinsame nationale Leitlinie zur Therapie des PCOS (4).

Nach wie vor stehe jedoch keine zugelassene Pharmakotherapie zur Behandlung des PCOS zur Verfügung, bedauert Reger-Tan. Welche Rolle bei der Behandlung eines PCOS heute Metformin, ein bewährtes Antidiabetikum, spielt, aber auch neuere Anti-Diabetes/Adipositas- Medikamente - wie die sogenannten GLP-Rezeptor-Agonisten oder Inkretin-Analoga und die SGLT2-Inhibitoren - sind Themen auf der Online-Pressekonferenz der DDG und DGE am 16. Juni 2021.

„Jeder Behandelnde und jede Patientin sollte über das hohe Diabetes-Risiko Bescheid wissen – nur so können wir die möglichen Folgen eines PCOS beherrschen“, fasst Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Mediensprecher der DGE, zusammen.

Literatur:

1. Joham AE, Ranasinha S, Zoungas S, Moran L, Teede HJ: Gestational diabetes and type 2 diabetes in reproductive-aged women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2014 Mar;99(3):E447–452.
2. Ramezani-Binabaj M, Motalebi M, Karimi-Sari H, Rezaee-Zavareh MS, Alavian S: Are women with polycystic ovarian syndrome at a high risk of non-alcoholic Fatty liver disease? A meta-analysis.

Hepat Mon. 2014 Nov 1;14(11):e23235

3. Susanne Reger-Tan, Christian Böing, Dagmar Führer-Sakel: Das polyzystische Ovarsyndrom: Aktuelle Evidenz und praktische Empfehlungen, Diabetologie und Stoffwechsel 2020; 15(01): 37-47
4. Diagnostik und Therapie des polyzystischen Ovarsyndroms (PCOS) - Living Guideline, angemeldetes Leitlinienvorhaben zur Fertigstellung bis zum 31.12.2023, www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/089-004.html

Weitere Informationen:

PCOS Selbsthilfe Deutschland e.V.
<https://www.pcos-selbsthilfe.org/>

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9200 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der rund sieben Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Über die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Hormon- und Stoffwechselerkrankungen. Hormone werden von endokrinen Drüsen, zum Beispiel Schilddrüse oder Hirnanhangdrüse, aber auch bestimmten Zellen in Hoden und Eierstöcken „endokrin“ ausgeschüttet, das heißt nach „innen“ in das Blut abgegeben. Im Unterschied dazu geben „exokrine“ Drüsen wie Speichel- oder Schweißdrüsen, ihre Sekrete nach „außen“ ab.

Hauptaufgabe der DGE ist die Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Endokrinologie – im Bereich der Grundlagenforschung ebenso wie im Bereich der klinischen Forschung. Sie vergibt mehrere Auszeichnungen und Stipendien an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die auf diesem Gebiet herausragende Erfolge vorweisen können.

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter
Pressestelle
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173/-516
Fax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
richter@medizinkommunikation.org
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
www.endokrinologie.net

PRESSEMITTEILUNG

Autoimmunerkrankung Diabetes Typ 1: immer mehr Kinder erkranken

Langzeitschäden von Anfang an durch spezialisierte Begleitung vermeiden

Berlin, Juni 2021 – Die Diagnose „Diabetes Typ 1“ im Kinder- und Jugendalter stellt 100 Jahre nach der Entdeckung des Insulins längst kein Todesurteil für die Betroffenen mehr dar. Im Gegenteil: Ein normales Aufwachsen als „Gleiche unter Gleichen“ mit Besuch von Kindertagesstätte (KiTa), Schule, Sport und Freundinnen und Freunden ist heute möglich. Voraussetzung dafür ist – je jünger die Patientinnen und Patienten, desto mehr – ein umfassendes Behandlungskonzept. Dazu gehören etwa Unterstützung bei der Insulintherapie und Kontrolle der Stoffwechsellage in der Schule oder KiTa durch geschulte Teams sowie, bei Bedarf, psychosozialer Beistand. Denn das Management der Autoimmunerkrankung ist komplex. Es fordert den Betroffenen große Eigenverantwortung, Selbstdisziplin und seelische Widerstandskraft, die sogenannte Resilienz, ab. Auf der gemeinsamen Online-Pressekonzferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) am Mittwoch, den 16. Juni 2021 um 11.00 Uhr, erläutern Expertinnen und Experten, wie ein normales Aufwachsen gelingen kann und welche Hilfsmittel etwa bei der Insulintherapie heute zur Verfügung stehen. Außerdem zeigen sie auf, wo noch Handlungsbedarf besteht.

Typ-1-Diabetes ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindesalter. Nach aktuellen Schätzungen leben in Deutschland 30 000 bis 32 000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren mit der autoimmun bedingten Erkrankung (1). Die Erkrankungsrate steigt jedes Jahr um drei bis vier Prozent, besonders kleine Kinder sind von dem Zuwachs betroffen. „Woran das liegt, wissen wir nicht“, sagt Professor Dr. med. Andreas Neu, Präsident der DDG und Kommissarischer Ärztlicher Direktor der Abteilung Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie an der Kinderklinik Tübingen. „Es gibt zwar Antikörper und andere Marker, die eine Vorhersage und Risikoabschätzung hinsichtlich der Diabetesentstehung erlauben, bislang fehlen jedoch wirkungsvolle Strategien, die einen Ausbruch der Erkrankung verhindern könnten.“

Manchmal ist der Auslöser ein Infekt, in anderen Fällen findet sich keine bestimmte Ursache, wenn ein bisher gesundes Kind oder Jugendlicher plötzlich an Diabetes Typ 1 erkrankt. Da der Körper bei der

Autoimmunerkrankung kein oder nicht mehr ausreichend Insulin herstellen kann, müssen die Betroffenen das lebenswichtige zuckerregulierende Hormon mehrmals am Tag selbst zuführen. Dies geschieht entweder durch Spritzen, Insulinpens oder über eine Insulinpumpe, die am Körper angebracht ist. Dabei gilt es, die Insulindosis an die jeweilige Situation wie etwa Nahrungsaufnahme, Sport oder auch einen fieberhaften Infekt anzupassen.

„Nur mit einem umfassenden Behandlungskonzept können wir gewährleisten, dass unsere jungen Patientinnen und Patienten primär als Kinder und Jugendliche gesehen werden und erst in zweiter Linie als Menschen mit einem Diabetes“, sagt Neu, Leiter der Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus vom Universitätsklinikum Tübingen. Ansonsten sei die Inklusion von Kindern mit Diabetes gefährdet (2). Hinzu komme: Unzureichend behandelt kann ein Typ-1-Diabetes schwere Folgeerkrankungen nach sich ziehen. „Es sind die gleichen, die man auch von der Volkskrankheit Diabetes Typ 2 kennt“, so Neu: „Der Zucker greift mit der Zeit Augen, Nieren, Gefäße und Nerven an. Im schlimmsten Fall treten später Blindheit und Herzinfarkt auf, auch Amputationen und Dialyse können notwendig werden“, sagt er. „Gerade wegen der langen Lebensdauer, die unsere jungen Patienten noch vor sich haben, ist es entscheidend, von Anfang an eine gute Behandlung zu ermöglichen. Nur sie gewährleistet stabile Blutzuckerspiegel und damit den Schutz der gefährdeten Organe und Gewebe.“

„Eine Verbesserung der Stoffwechsellage unserer jungen Patienten in den letzten 20 Jahren ist eindeutig nachweisbar“, sagt Neu. „Dennoch sind wir weit davon entfernt, die Therapieziele, die unsere internationale Fachgesellschaft, die International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), vorgibt, in der Breite zu erreichen.“ Nach wie vor zeigen einzelne Patientengruppen eine deutliche Verschlechterung der Stoffwechseleinstellung während der Pubertät. Immer wieder lehnen Schulen und KiTas Kinder mit Diabetes ab. Ebenso sei der Einsatz moderner Pumpentherapien mit integrierter kontinuierlicher Glukosemessung keineswegs flächendeckend. Dabei zeigen Studien einen klaren Vorteil einer Langzeittherapie per Insulinpumpen gegenüber Spritzen (3). Neu kritisiert: „Wegen der vermeintlich höheren Kosten muss bei älteren Kindern in der Regel erst ein Scheitern der Injektionstherapie belegt werden. Das kann nicht sein.“ Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der DDG, fasst zusammen: „Inklusion und ein langes, möglichst gesundes Leben sind unsere Behandlungsziele.“

*Diabetes Typ 1 und 2 von Kindern und seine Besonderheiten sind eines der Themen auf der Online-
Pressekonferenz der DDG und DGE am 16. Juni 2021.*

Literatur:

- (1) Neu A.: Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, Diabetologie und Stoffwechsel 15, 2020. DOI: 10.1055/a-1193-3781
- (2) Heinrich-Rohr M.: Unzureichende Versorgung gefährdet Inklusion von Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1, 2019 Diabetologie und Stoffwechsel 14 (05): 380-387. DOI: 10.1055/a-0970-8886
- (3) Clemens Kamrath, Sascha R. Tittel, Thomas M. Kapellen, Thekla von dem Berge, Bettina Heidtmann, Katrin Nagl, Ulrike Menzel, Simone Pötzsch, Katja Konrad, Reinhard W. Holl: Early versus delayed insulin pump therapy in children with newly diagnosed type 1 diabetes: results from the multicentre, prospective diabetes follow-up DPV registry, Lancet Child Adolesc Health. 2021 Jan;5(1):17-25. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30339-4

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter
Pressestelle
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173/-516
Fax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
richter@medizinkommunikation.org
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
www.endokrinologie.net

EXPERTENSTATEMENT

Reizthema Cortison – Wundermittel oder Teufelszeug? Aktuelle Sicht eines Endokrinologen

Professor Dr. med. Stephan Petersenn

Zukünftiger Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE) (ab 1.7.2021),
ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg

Glukokortikoide besitzen einen wichtigen Stellenwert bei der Behandlung von entzündlichen und malignen Krankheitsbildern sowie von Autoimmunerkrankungen. Dabei werden in der Regel supraphysiologische Dosierungen eingesetzt. Die Kenntnis der Nebenwirkungen ist Voraussetzung für deren frühzeitige Diagnose sowie von Strategien zur Minimierung. Endokrinologische Krankheitsbilder mit einer unkontrollierten Erhöhung der Cortisol-Sekretion geben uns hierbei wichtige Hinweise. Gleichzeitig ist die bedarfsadaptierte physiologische Ausschüttung von Cortisol von vitaler Bedeutung für den Organismus, wie uns endokrinologische Erkrankungen mit einem Mangel an Cortisol lehren. Die Wahrnehmung entsprechender Symptome ist besonders bei der Beendigung einer Glukokortikoid-Therapie bedeutsam.

Aus Sicht des Endokrinologen ergeben sich drei wichtige Schnittstellen bei der interdisziplinären Betreuung von Patienten unter Therapie/Substitution mit Glukokortikoiden:

1. Probleme einer Cortison-Therapie – was können wir von der Natur lernen?

Abhängig von Schweregrad und Dauer eines endogenen Cushing-Syndroms entwickeln sich Stoffwechselstörungen (Adipositas, Diabetes mellitus), Infektionen, Hautveränderungen (Striae, Hämatomneigung), Funktionsstörungen der Gonaden (Amenorrhoe, Infertilität) sowie kardiovaskuläre (Hypertonus, Atherosklerose, Thromboembolien), muskuloskelettale (Muskelschwund, Osteoporose) und psychiatrische (Depression, Angststörungen) Erkrankungen, verbunden mit einer erhöhten Mortalität. Eine aktuelle Registerstudie aus Schweden zu Patienten mit Morbus Cushing belegt eindrucksvoll das erhöhte Risiko für Insult (SIR 5x), Thrombosen (SIR 13x), Lungenembolien (SIR 24x) und Sepsis (14x) im Zeitraum von Diagnose bis zu einem Jahr nach Remission [1]. Besorgniserregend bleibt das Risiko für diese Erkrankungen auch in der Langzeitremission statistisch signifikant erhöht. Entsprechend sollten Patienten zu Beginn einer Glukokortikoid-Therapie bezüglich entsprechender Risikofaktoren untersucht und gegebenenfalls präventive Maßnahmen eingeleitet werden, einschließlich der Prüfung des Impfstatus.

2. Ausschleichen einer Cortisontherapie – Schritt für Schritt!

Exogen zugeführte Glukokortikoide können unter anderem abhängig von der spezifischen Aktivität des Präparats, der Wirkdauer, der Dauer der Behandlung, der Art der Applikation (oral, intravenös et cetera) sowie der Dosisverteilung über den Tag zu einer Hemmung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA-Achse) führen. Ab einem Äquivalent von 30mg Hydrocortison (entsprechend 7,5mg Prednison bzw. 1,125mg Dexamethason) pro Tag wird die physiologische Ausschüttung von Cortisol überschritten. Eine derartige suppressive Glukokortikoid-Therapie über mehr als zwei Wochen darf nicht abrupt abgesetzt, sondern muss langsam ausgeschlichen werden. Ein möglicher Ansatz ist die relativ zügige Senkung auf eine physiologische Dosierung, gegebenenfalls mit folgendem Wechsel auf eine Äquivalenzdosis des kurz wirksamen Hydrocortison. Die Beendigung der Therapie erfolgt dann abhängig von morgendlichen Cortisol-Spiegeln und/oder dem Ergebnis von Stimulationstesten unter deutlich langsamerer weiterer Dosisreduktion [2]. In dieser Phase muss bis zum Beweis einer wiedererlangten normalen Funktion der HPA-Achse bei besonderen Stresssituationen (Fieber, Infektionen et cetera) eine Erhöhung der Substitution erfolgen.

3. Cortison bei einer Nebenniereninsuffizienz – niemals absetzen!

Erkrankungen von Hypothalamus, Hypophyse oder Nebenniere können zu einer unzureichend niedrigen Ausschüttung von Cortisol führen – ähnlich wie bei einem zu schnellen Ausschleichen einer Glukokortikoid-Therapie. Die Patienten beklagen vermehrte Müdigkeit, Leistungsverlust, Gefühl von Hypoglykämien, gastrointestinale Beschwerden, unklaren Gewichtsverlust und verschiedene psychiatrische Störungen. Eine unzureichende Substitution insbesondere in Situationen von erhöhtem Bedarf (Fieber, schwere Erkrankungen, Eingriffe, schweren Stresssituationen) oder bei gestörter Resorption (Erbrechen, Diarrhoen) kann zu einer akuten und lebensbedrohlichen Nebennierenkrise führen. Entsprechende Erfahrungen gaben 42 Prozent der Patienten an [3]. Eine Befragung endokrinologischer Zentren in Deutschland ergab ein sehr heterogenes Bild für die Patientenbetreuung [4]. Aus diesem Grund hat die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie ein Schulungsprogramm für Patienten entwickelt, dass zu einer relevanten Verbesserung der Patientenkenntnisse führte [5]. Leider zeigen tägliche Erfahrungen, dass langfristige Substitution und vorübergehende Therapie auch von Ärzten immer wieder verwechselt werden – mit fatalen Konsequenzen.

*Gemeinsame Online-Presskonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen
Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Mittwoch, den 16. Juni 2021, 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr*

- [1] Papakokkinou E et al. Excess Morbidity Persists in Patients With Cushing's Disease During Long-term Remission: A Swedish Nationwide Study. J Clin Endocrinol Metab 2020;105:2616-24. <https://10.1210/clinem/dgaa291>.
- [2] Hopkins RL, Leinung MC. Exogenous Cushing's syndrome and glucocorticoid withdrawal. Endocrinol Metab Clin North Am 2005;34:371-84, ix. <https://10.1016/j.ecl.2005.01.013>.
- [3] Hahner S et al. Epidemiology of adrenal crisis in chronic adrenal insufficiency: the need for new prevention strategies. Eur J Endocrinol 2010;162:597-602. <https://10.1530/EJE-09-0884>.
- [4] Petersenn S et al. National German Audit of Diagnosis, Treatment, and Teaching in Secondary Adrenal Insufficiency. Horm Metab Res 2017;49:580-8. <https://10.1055/s-0043-105077>.
- [5] Burger-Stritt S et al. Standardised patient education in adrenal insufficiency: a prospective multi-centre evaluation. Eur J Endocrinol 2020;183:119-27. <https://10.1530/EJE-20-0181>.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Hamburg, Juni 2021

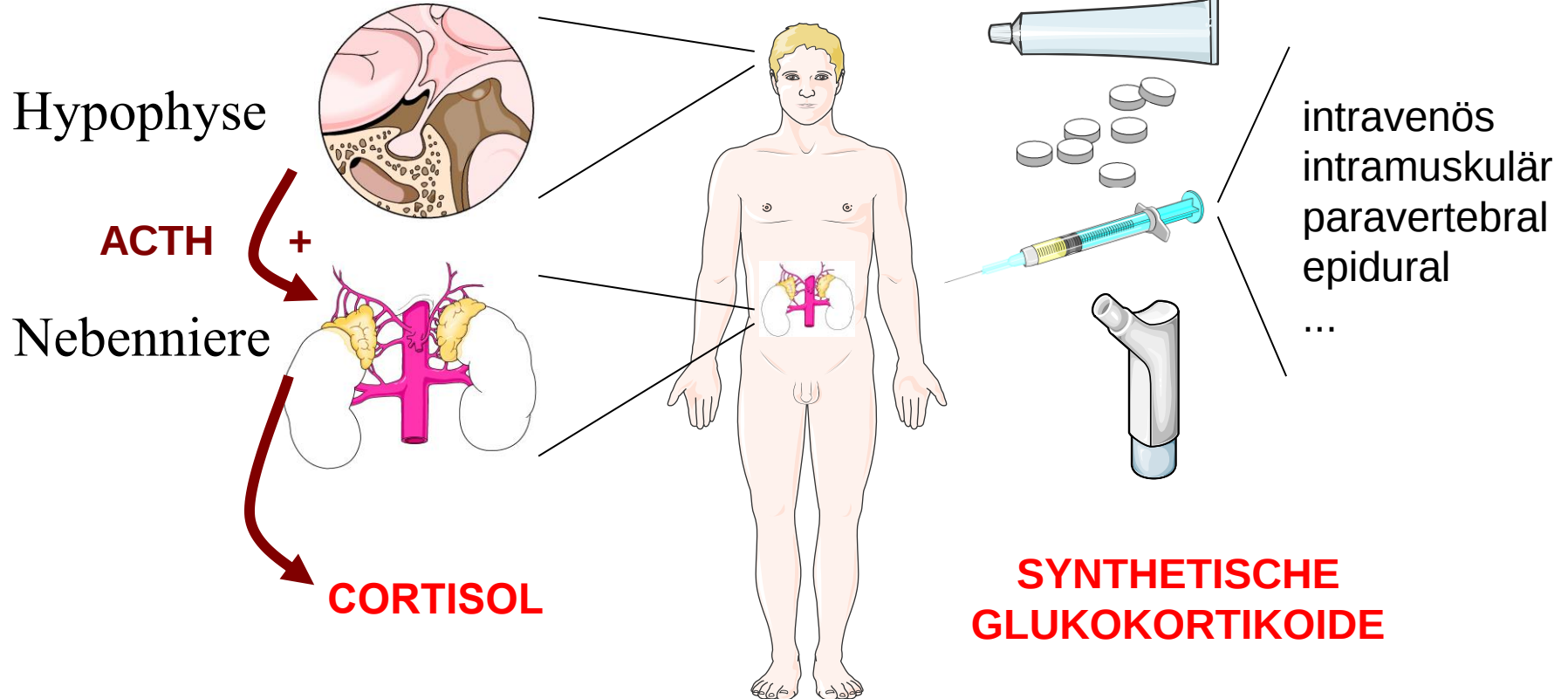
Reizthema Cortison - Wundermittel oder Teufelszeug? Sicht des Endokrinologen

Prof. Dr. Stephan Petersenn



Praxis für Endokrinologie und Andrologie
Hamburg

Cortisol versus synthetische Glukokortikoide (GC)



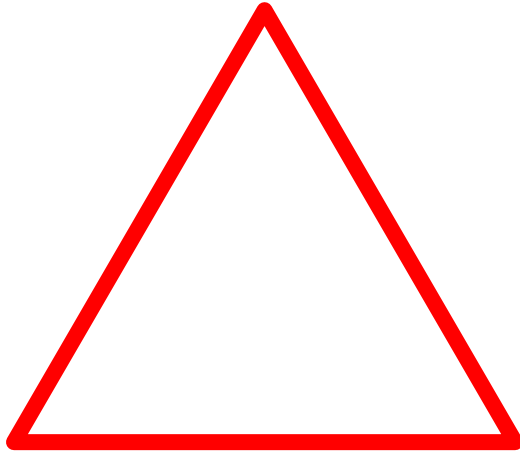
Verordnungsdaten der gesetzlichen KV zu Glukokortikoiden 2019

Wirkstoff	ATC-Code	Verordnungen in Tsd.
Prednisolon	H02AB06	6.371,7
Dexamethason	H02AB02	990,2
Prednison	H02AB07	788,3
Triamcinolon-Depot	H02AB58	417,6
Hydrocortison	H02AB09	297,3
Methylprednisolon	H02AB04	294,3
Betamethason	H02AB01	215,1
Prednisolon-Depot	H02AB56	30,1
Cloprednol	H02AB14	13,8
Summe		9.418,3
Anteil an Gesamt in %		1,4
Gesamt GKV		695.056,7

Präparat	Verordnungen in Tsd.	Rang
Novaminsulfon Lichtenstein	23.702,0	1
Ibuflam/-Lysin	22.053,5	2
RamiLich	13.064,2	3
L-Thyroxin Henning	8.607,0	4
.....		
Prednisolon acis	3.474,7	24
.....		
Prednisolon AL	1.556,3	72

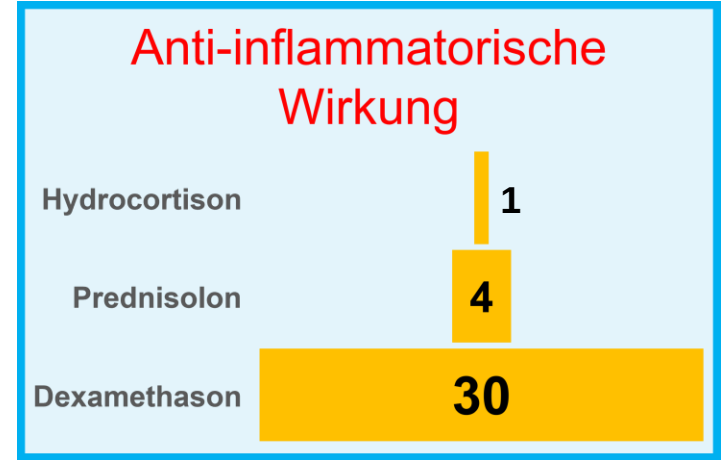
Indikationen für synthetische GC und deren Aktivität

Autoimmunerkrankungen

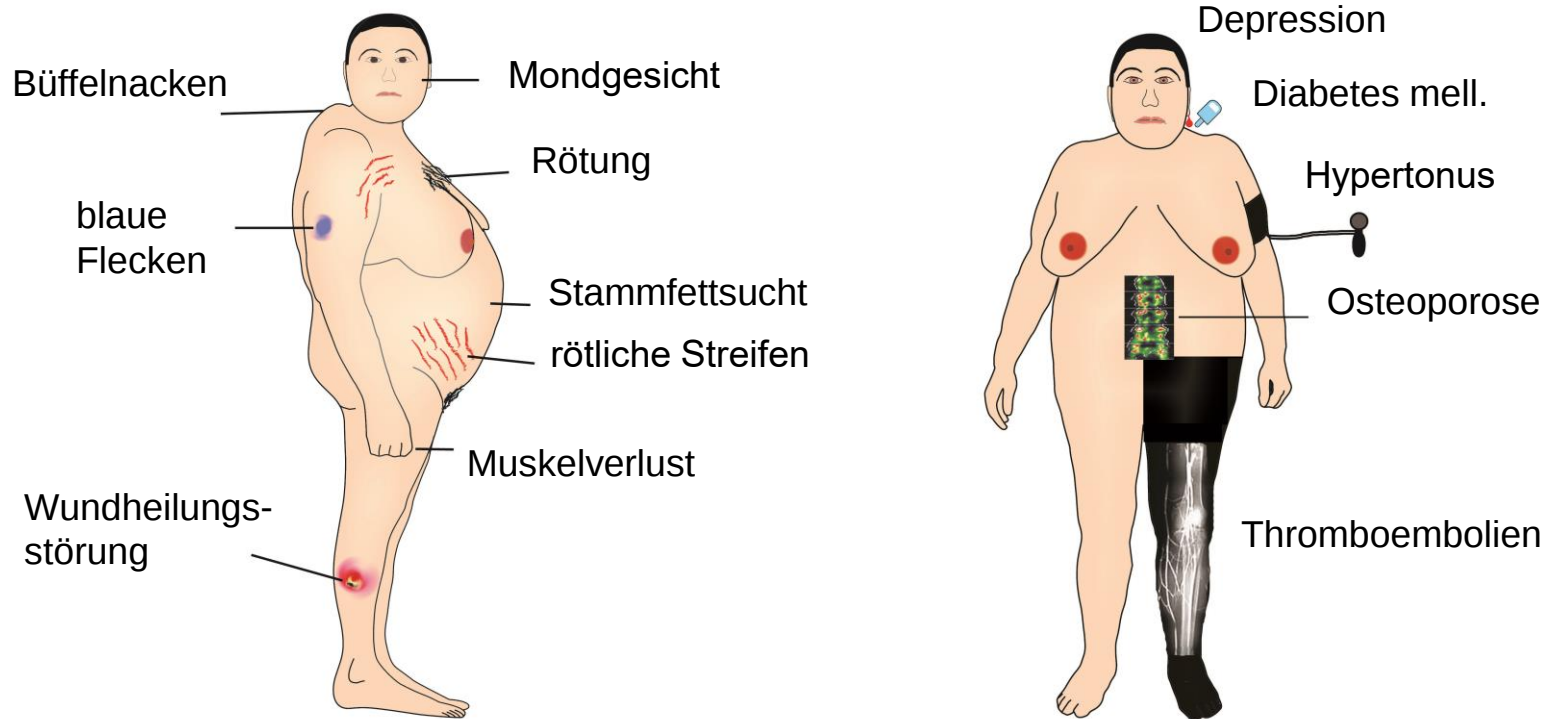


Entzündungen

Krebserkrankungen



Klinische Folgen eines endogenen Hyperkortisolismus



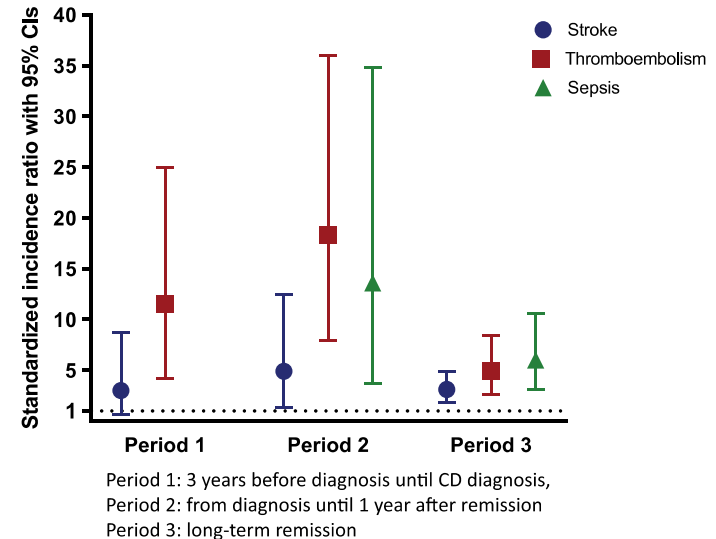
Komplikationen eines Hyperkortisolismus

Therapie mit GC

	5-30 days*	
Adverse event	Incidence rate ratio† (95% CI)	P value
Sepsis:		
Respiratory conditions‡	3.77 (1.94 to 7.35)	<0.001
Musculoskeletal conditions§	12.91 (5.49 to 30.34)	<0.001
Venous thromboembolism:		
Respiratory conditions‡	3.11 (2.20 to 4.40)	<0.001
Musculoskeletal conditions§	4.70 (3.08 to 7.17)	<0.001
Fracture:		
Respiratory conditions‡	1.96 (1.63 to 2.37)	<0.001
Musculoskeletal conditions§	2.46 (2.02 to 3.00)	<0.001

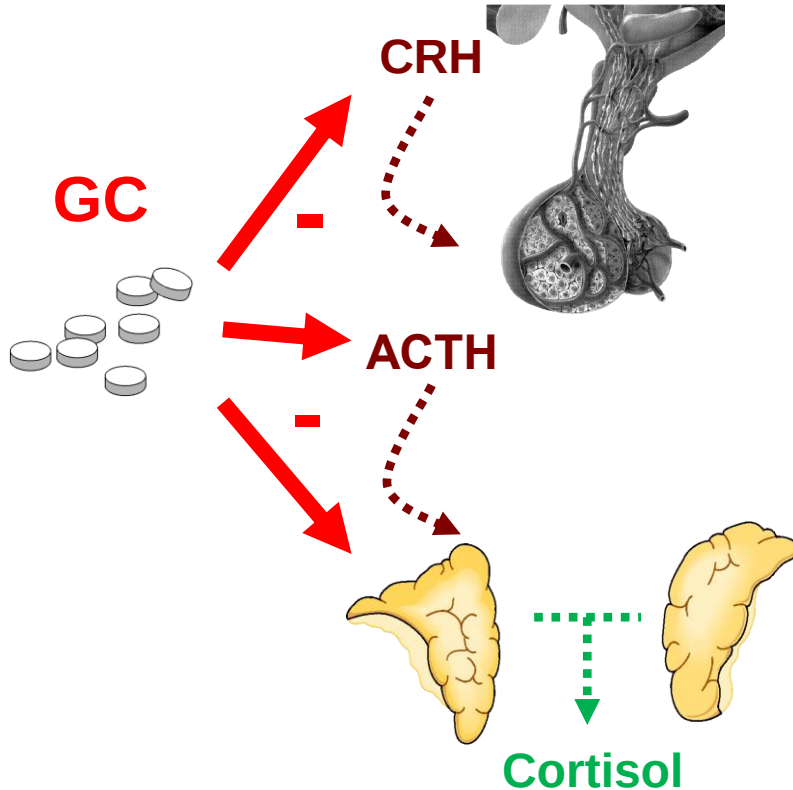
Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States:
population based cohort study
Waljee et al. BMJ 2017

M. Cushing



Excess Morbidity Persists in Patients With Cushing's Disease During Long-term Remission:
A Swedish Nationwide Study
Papakokkinou et al. JCEM 2020

Langsames Ausschleichen nach Pharmakotherapie mit GC



zügige Senkung auf eine
physiologische Dosierung
(ca. 30mg Cortison-Äquivalent)



Wechsel auf Hydrocortison?

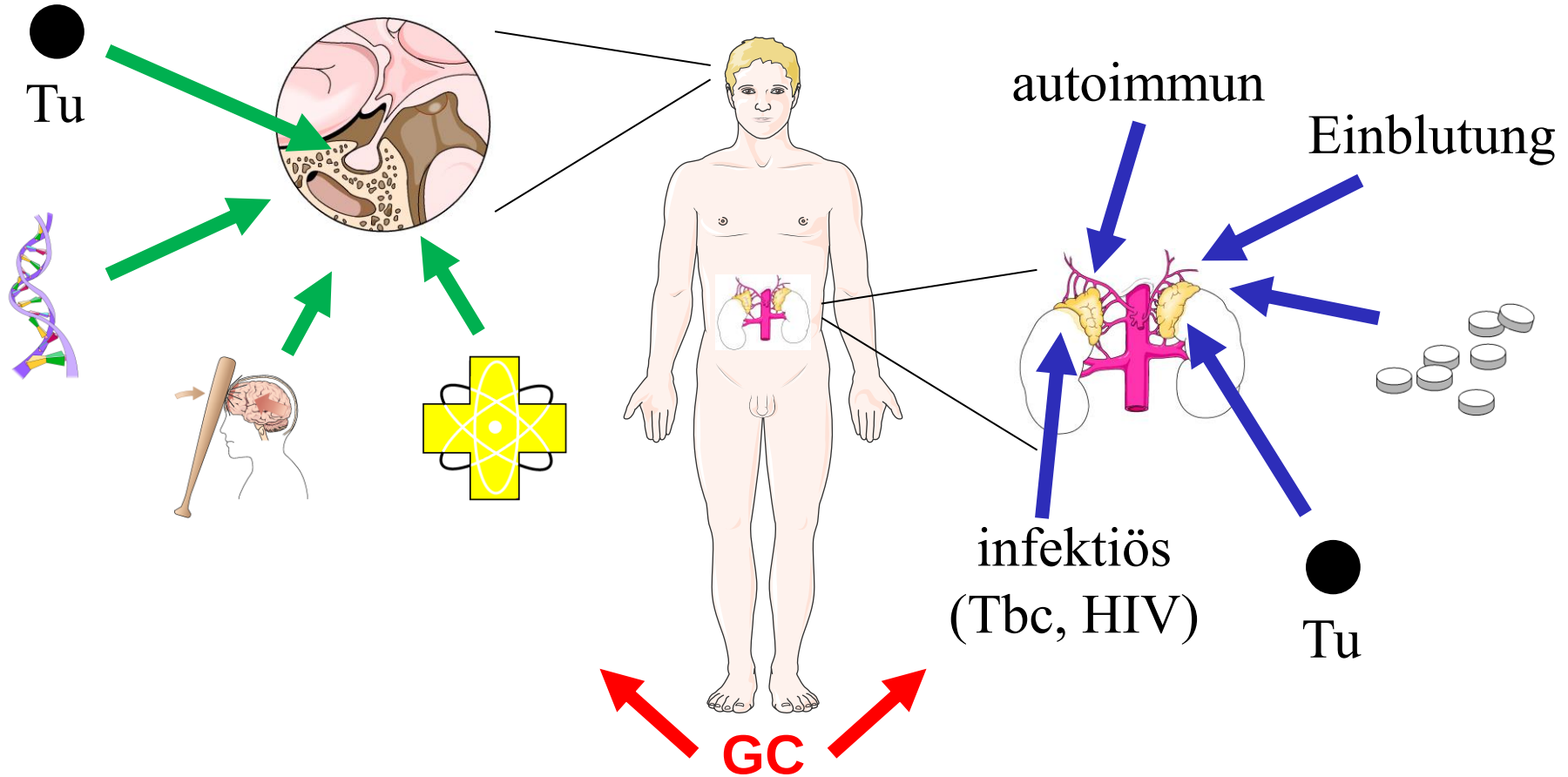


langsame Senkung



Beendigung abhängig von
Klinik,
morgendlichem Cortisol,
Stimulationstest

Ursachen einer Nebenniereninsuffizienz



Schulung und Notfallausweis

Diagnose

Dauerhafte Substitution (Dosis/Tag)

1.

Glucocorticoid
2.

Mineralocorticoid (nur für Patienten mit primärer NN-Insuffizienz)
3.

L-Thyroxin
4.

Sexualhormon
5.

Somatotropin
6.

Desmopressin

weitere wichtige Medikamente

Situationen, in denen ein Corticoid-Mangel droht, der mit der Gabe von Hydrocortison (oder im Notfall mit jedem anderen Glukokortikoid) substituiert werden muss:

leichte Verletzungen, anstrengende Abendveranstaltungen, Aktivität über das Gewohnte hinaus	ggf. zusätzliche Einnahme von 5–10 mg Hydrocortison
Infekt mit leichtem bis mittlerem Krankheitsgefühl ohne Fieber oder deutliche Belastungssituation (starke körperliche Belastung), starker Schmerz, erheblicher Stress (Trauerfall, Prüfung, Hochzeit), Zahneingriffe, kleine ambulante Eingriffe	Tagesdosis verdoppeln, ggf. zusätzlich abends 5–10 mg Hydrocortison
akute Erkrankung und/oder Fieber mit deutlichem Krankheitsgefühl	Tagesdosis verdreifachen oder 30–20–10 mg Hydrocortison (bei Tagesdosis ≤20 mg Hydrocortison/d) Dringend ärztliche Hilfe einholen!
anhaltendes Erbrechen/Durchfall oder hohes Fieber (>39 °C) mit schwerem Krankheitsgefühl	100 mg Hydrocortison (oder anderes Glucocorticoid) als Selbstinjektion in den Muskel, unter die Haut oder als Infusion SOFORT ärztliche Hilfe einholen!
Operation (stationär, Vollnarkose)	OP-Tag: 100 mg i. v. als Bolus vor Narkoseeinführung, gefolgt von 100–200 mg/24 h i. v. Nach OP: 100 mg/24 h i. v., bis Patient essen/trinken darf, dann umstellen: doppelte orale Tagesdosis für 24–48 h, dann Reduktion je nach Klinik

Hydrocortison wirkt nur 6–8 Stunden und muss deshalb bei länger anhaltenden Problemen mehrfach täglich gegeben werden! Im Zweifelsfall IMMER großzügig Hydrocortison einnehmen! Erst handeln, dann denken! Nach jeder Selbstinjektion Arzt/Notarzt informieren oder Krankenhaus aufsuchen, NOTFALLAUSWEIS vorlegen und idealerweise den letzten Arztbrief mitnehmen.

Anpassung für Kinder und Jugendliche

leichtgradige psychische oder körperliche Beanspruchung z. B.: Wettkampf, Turnier, lange Wandertour, lange Klausur wie Abi-Prüfung oder Abschlussprüfung, leichte Zahnarztbehandlung (z. B. Füllung), emotionaler Stress (Trauerfall, Hochzeit)	Zusätzliche Einnahme einer Einzeldosis, etwa der Mittags- oder Abenddosis entsprechend vor dem Ereignis
leichter Infekt mit Temperatur <38,5 °C und geringem Krankheitsgefühl	Tagesdosis verdoppeln
Erkrankungen mit Fieber >38,5 °C	>38,5 °C Dosis verdreifachen, >39,5 °C Dosis vervierfachen, Dosiserhöhung bis zur Genesung, danach innerhalb von 1–2 Tagen Rückkehr auf die Standarddosis.
bei schwerem Krankheitsgefühl (unabhängig von der Temperatur), Reduktion des Allgemeinzustandes oder Änderung des Bewusstseins, Schock, Trauma	i. m. oder s. c. Gabe von Hydrocortison: Säuglinge: 25 mg; Kindergarten- und Grundschulalter: 50 mg, Jugendliche: 100 mg (alternativ: Zäpfchen, z. B. Rectodelt 100 mg, nicht bei Durchfall!). Nach der Injektion ärztlich vorstellen! Ggf. Fortsetzung der Hydrocortisontherapie 100 mg/m ² /24 h i. v. und Infusionstherapie (NaCl 0,9 %, Glukose)
falls orale Einnahme nicht möglich (z. B. bei Magen-Darminfektion mit Erbrechen)	i. m. oder s. c. Gabe von Hydrocortison: Säuglinge: 25 mg; Kindergarten- und Grundschulalter: 50 mg, Jugendliche: 100 mg (alternativ: Glukokortikoid-Zäpfchen, z. B. Rectodelt, 100 mg nicht bei Durchfall!). Nach der Injektion ärztlich vorstellen!
Perioperative Hydrocortisontherapie	siehe AW/MF-Leitlinie Nebenniereninsuffizienz

grundsätzlich sollten operative Eingriffe möglichst stationär und nicht ambulant erfolgen und die Rücksprache mit einem pädiatrischen Endokrinologen erfolgen

leichte Verletzungen, anstrengende Abendveranstaltungen, Aktivität über das Gewohnte hinaus	ggf. zusätzliche Einnahme von 5–10 mg Hydrocortison
Infekt mit leichtem bis mittlerem Krankheitsgefühl ohne Fieber oder deutliche Belastungssituation (starke körperliche Belastung), starker Schmerz, erheblicher Stress (Trauerfall, Prüfung, Hochzeit), Zahneingriffe, kleine ambulante Eingriffe	Tagesdosis verdoppeln, ggf. zusätzlich abends 5–10 mg Hydrocortison
akute Erkrankung und/oder Fieber mit deutlichem Krankheitsgefühl	Tagesdosis verdreifachen oder 30-20-10 mg Hydrocortison (bei Tagesdosis ≤20 mg Hydrocortison/d) Dringend ärztliche Hilfe einholen!
anhaltendes Erbrechen/Durchfall oder hohes Fieber (> 39 °C) mit schwerem Krankheitsgefühl	100 mg Hydrocortison (oder anderes Glucocorticoid) als Selbstinjektion in den Muskel, unter die Haut oder als Infusion SOFORT ärztliche Hilfe einholen!
Operation (stationär, Vollnarkose)	<u>OP-Tag:</u> 100 mg i. v. als Bolus vor Narkoseeinleitung, gefolgt von 100–200 mg/24 h i. v. <u>Nach OP:</u> 100 mg/24 h i. v., bis Patient essen/trinken darf, dann umstellen: doppelte orale Tagesdosis für 24–48 h, dann Reduktion je nach Klinik

Notfallausweis

id-Mangel droht, der mit der Gabe von
it jedem anderen Glukokortikoid) substituiert

as
ggf. zusätzliche Einnahme von 5–10 mg Hydrocortison

Tagesdosis verdoppeln,
ggf. zusätzlich abends 5–10 mg Hydrocortison

te
Tagesdosis verdreifachen oder 30-20-10 mg Hydrocortison (bei Tagesdosis ≤20 mg Hydrocortison/d)
Dringend ärztliche Hilfe einholen!

100 mg Hydrocortison (oder anderes Glucocorticoid) als Selbstinjektion in den Muskel, unter die Haut oder als Infusion
SOFORT ärztliche Hilfe einholen!

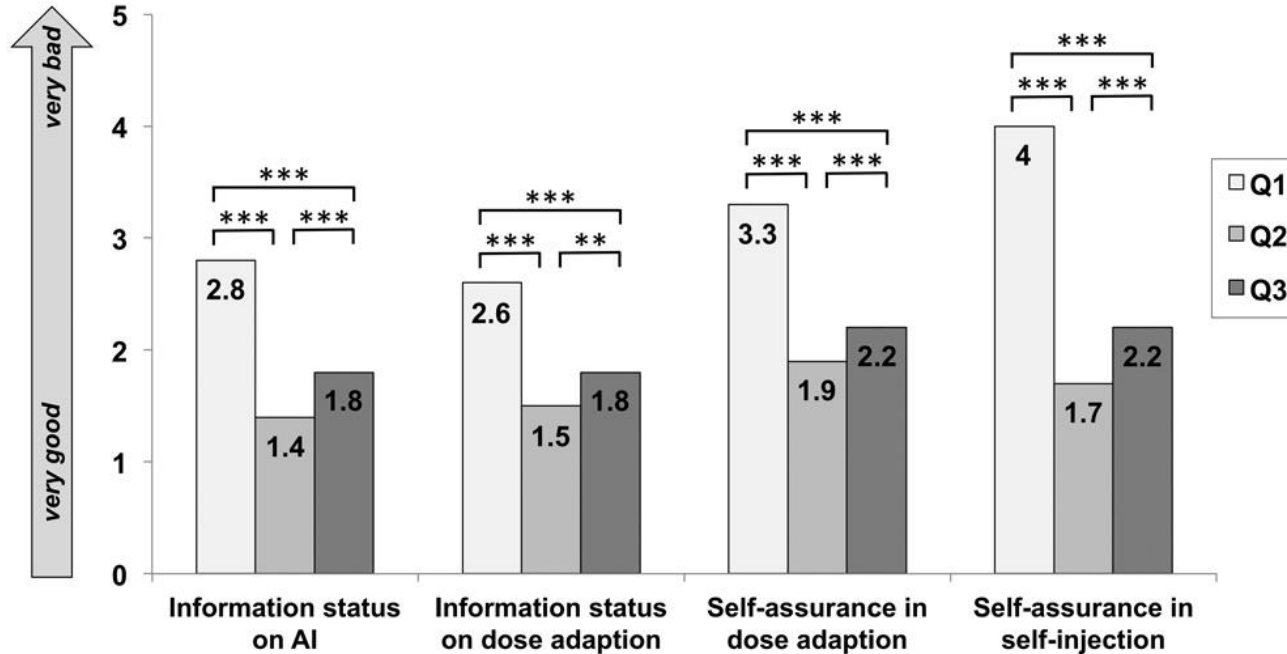
OP-Tag: 100 mg i. v. als Bolus vor Narkoseeinleitung, gefolgt von 100–200 mg/24 h i. v.
Nach OP: 100 mg/24 h i. v., bis Patient essen/trinken darf, dann umstellen: doppelte orale Tagesdosis für 24–48 h, dann Reduktion je nach Klinik

und muss deshalb bei länger anhaltenden
n werden! Im Zweifelsfall **IMMER** großzügig
ein, dann denken! Nach jeder Selbstinjektion
inhaus aufsuchen, **NOTFALLAUSWEIS** vorlegen
ef mitnehmen.

Anpassung für Kinder und Jugendliche	
leichtgradige psychische oder körperliche Beanspruchung z.B.: Wettkampf, Turnier, lange Wandertour, lange Klausur wie Abi-Prüfung oder Abschlussprüfung, leichte Zahnarztbehandlung (z. B. Füllung), emotionaler Stress (Trauerfall, Hochzeit)	Zusätzliche Einnahme einer Einzeldosis, etwa der Mittags- oder Abenddosis entsprechend vor dem Ereignis
leichter Infekt mit Temperatur <38,5 °C und geringem Krankheitsgefühl	Tagesdosis verdoppeln
Erkrankungen mit Fieber >38,5 °C	>38,5 °C Dosis verdreifachen, >39,5 °C Dosis vervierfachen, Dosiserhöhung bis zur Genesung, danach innerhalb von 1–2 Tagen Rückkehr auf die Standarddosis.
bei schwerem Krankheitsgefühl (unabhängig von der Temperatur), Reduktion des Allgemeinzustandes oder Änderung des Bewusstseins, Schock, Trauma	i. m. oder s. c. Gabe von Hydrocortison: Säuglinge: 25 mg; Kindergarten- und Grundschulalter: 50 mg, Jugendliche: 100 mg (alternativ: Zäpfchen, z. B. Rectodelt 100 mg, nicht bei Durchfall!). Nach der Injektion ärztlich vorstellen! Ggf. Fortsetzung der Hydrocortisontherapie 100 mg/m ² /24h i. v. und Infusionstherapie (NaCl 0,9 %, Glukose)
falls orale Einnahme nicht möglich (z. B. bei Magen-Darminfektion mit Erbrechen)	i. m. oder s. c. Gabe von Hydrocortison: Säuglinge: 25 mg; Kindergarten- und Grundschulalter: 50 mg, Jugendliche: 100 mg (alternativ: Glukokortikoid-Zäpfchen, z. B. Rectodelt, 100 mg nicht bei Durchfall!). Nach der Injektion ärztlich vorstellen!
Perioperative Hydrocortisontherapie	siehe AW/MF-Leitlinie Nebenniereninsuffizienz

nd Nebennierenerkrankungen e.V.

Zertifiziertes Schulungsprogramm der DGE zur Nebenniereninsuffizienz



Burger-Stritt S et al. Standardised patient education in adrenal insufficiency: a prospective multi-centre evaluation. Eur J Endocrinol 2020;183:119-27. <https://10.1530/EJE-20-0181>.

Zusammenfassung

- Synthetische Glukokortikoide stellen ein wichtiges Therapieprinzip bei einer Vielzahl von Erkrankungen dar.
- Endokrinologische Krankheitsbilder mit einer unkontrollierten Erhöhung des Cortisol-Sekretion geben uns Hinweise auf Nebenwirkungen einer solchen Pharmakotherapie.
- Patienten sollten zu Beginn einer Glukokortikoidtherapie bezüglich Risikofaktoren für Nebenwirkungen untersucht und ggf. präventive Maßnahmen eingeleitet werden.
- Eine länger als 14-tägige Therapie muss langsam ausgeschlichen und die normale Funktion der Stressachse überprüft werden. Auf klinische Zeichen einer Nebenniereninsuffizienz sollte in dieser Phase geachtet werden (Arzt, Patient).
- Von einer Pharmakotherapie ist eine Substitution bei Nebenniereninsuffizienz zu unterscheiden, die nicht unterbrochen werden darf und einer Schulung zur physiologischen Anpassung bedarf.

EXPERTENSTATEMENT

Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS) – die häufigste Hormonstörung fertiler Frauen: Wie sieht die optimale Behandlung aus?

PD. Dr. med. Susanne Reger-Tan

Leiterin des Diabeteszentrum Diabetologikum DDG der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik Essen

- Das Polyzystische Ovarsyndrom (PCOS) stellt mit einer Prävalenz von 15 Prozent die häufigste hormonelle Störung bei Frauen im gebärfähigen Alter dar und ist durch einen Überschuss an männlichen Hormonen charakterisiert.
- Typische äußerliche Symptome sind Akne, eine vermehrte Körperbehaarung oder ein Ausfall der Kopfhare entsprechend eines männlichen Verteilungsmusters.
- Der Einfluss männlicher Hormone führt zu einer Störung der Eibläschenentwicklung. Dies macht sich als Zyklusstörung und mit einer typischen perlschnurartigen Anreihung der Eibläschen im Eierstock bemerkbar, die der Erkrankung den Namen gab. Frauen mit PCOS haben mit der Zyklusstörung verbunden ein erhöhtes Risiko für einen unerfüllten Kinderwunsch, Schwangerschaftskomplikationen und im späteren Verlauf für die Entwicklung von Gebärmutterkrebs.
- Zudem besteht bei PCOS häufig eine Insulinresistenz und ein Übergewicht. Die Insulinresistenz verstärkt den Überschuss männlicher Hormone. Trotz des jungen Alters ist das Risiko für die Entwicklung eines Typ-2- aber auch eines Schwangerschaftsdiabetes hoch. Gemessen an der Stoffwechsellage und Häufigkeit von Akutkomplikationen kann man die Versorgungslage in Deutschland als gut bezeichnen. Es gibt jedoch deutliche regionale Unterschiede: Der mittlere HbA1c-Wert unter den 16 Bundesländern schwankt von 7,5 bis 8,4 Prozent [Holl RW].

Therapie

- Die Mannigfaltigkeit der Symptome, die zudem in unterschiedlicher Ausprägung vorliegen können, erfordert ein individuelles Vorgehen hinsichtlich der Therapiewahl – die optimale Behandlungsstrategie definiert sich daher vor allem an dem Ausmaß der vorliegenden Symptome und an dem individuellen Leidensdruck der betroffenen Frau, sollte aber auch Strategien zur Vermeidung von langfristigen Komplikationen beinhalten. Erschwerend kommt hinzu, dass keine zugelassene Pharmakotherapie zur Behandlung des PCOS zur Verfügung steht.

DGE und DDG planen zusammen mit anderen Fachgesellschaften eine nationale Leitlinie zur übersichtlichen Darstellung der Therapiemöglichkeiten.

- Grundlage der PCOS-Therapie ist eine Optimierung der Lebensgewohnheiten. Sofern ein Übergewicht vorliegt, wird eine Gewichtsreduktion von fünf bis zehn Prozent angestrebt.
- Stehen äußerliche Veränderungen wie Körperbehaarung und Haarausfall im Vordergrund, empfiehlt sich in der Regel der Einsatz einer hormonellen Verhütungspille. Diese reguliert auch die Zyklusstörung bei Frauen ohne Kinderwunsch. Alternativ oder als nächste Therapiestufe können antiandrogenwirksame Substanzen wie Spironolacton eingesetzt werden. Hier ist eine sichere Verhütung erforderlich.
- Im Falle eines Kinderwunsches ist als erster Schritt die Abklärung einer möglichen Fruchtbarkeitseinschränkung beim Partner sinnvoll. Darüber hinaus wird bei PCOS und Kinderwunsch in erster Linie der Aromataseinhibitor Letrozol eingesetzt. Als Alternative kann das Antidiabetikum Metformin vor allem bei normalgewichtigen Frauen verwendet werden. Es führt zu einer Steigerung der Lebendgeburtenrate, reguliert die Zyklusstörung und ist mit einer leichten Gewichtsreduktion bei guter Verträglichkeit verbunden.
- Erste Daten deuten auf einen positiven Effekt neuer Anti-Diabetes/Adipositas-Medikamente wie GLPRA und SGLTi auf. Jenseits einer deutlichen Gewichtsreduktion werden auch PCOS-spezifische Symptome positiv beeinflusst. Weitere klinische Studien zur Wirksamkeit sind zur Festigung der Datenlage erforderlich, damit in Zukunft im optimalen Fall eine zugelassene Therapie zur Verfügung steht.

Literatur:

https://www.monash.edu/data/assets/pdf_file/0004/1412644/PCOS_Evidence-Based-Guidelines_20181009.pdf.

Susanne Reger-Tan, Christian Böing, Dagmar Führer-Sakel. Das polyzystische Ovarsyndrom: Aktuelle Evidenz und praktische Empfehlungen. Diabetologie und Stoffwechsel 2020; 15(01): 37-47.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/089-004.html>.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Essen, Juni 2021

EXPERTENSTATEMENT

Prädiabetes: Die Risiken sind unterschiedlich verteilt. Gezielte Diabetes-Typ-2-Prävention anhand der Einteilung in sechs Subtypen

Professor Dr. med. Robert Wagner

Leiter der Endokrinologischen Ambulanz am Universitätsklinikum Tübingen

Jede zehnte Person in Deutschland ist vom Typ-2-Diabetes betroffen, und die Dunkelziffer ist ebenfalls sehr hoch, da viele Betroffene die Erkrankung gar nicht merken. Erst wenn nach längerem Verlauf die Komplikationen des Diabetes wie Nierenschädigung, Augennetzhautschädigung, Nerven- und Gefäßschädigungen auftreten, sind am Körper bereits irreversible Schäden entstanden. Dabei ist die Entstehung des Typ-2-Diabetes ein schleichender, langwieriger Prozess. Viele Personen, die später Diabetes entwickeln, verweilen über Jahre hinweg in einer Übergangsphase, die Prädiabetes genannt wird[1].

In einer vor wenigen Monaten publizierten Studie haben wir Personen untersucht, die einem höheren Diabetesrisiko ausgesetzt waren, die Krankheit aber noch nicht entwickelt haben [2]. Es fanden aufwändige Untersuchungen mit Zuckerbelastungstest, Kernspintomographie und genetische Untersuchungen statt. Mit dem so erhobenen Variablensatz konnten wir die Gruppe dieser diabetesgefährdeten Personen in sechs unterschiedliche Stoffwechselgruppen einteilen. Die sechs Gruppen konnten auch in einer anderen Studie mit einem ähnlichen, aber einfacheren Variablensatz identifiziert werden.

Von diesen sechs Gruppen hatten drei ein niedriges Diabetesrisiko, so auch eine Gruppe von stoffwechselgesunden Übergewichtigen. Drei andere Gruppen hatten jedoch ein hohes Risiko zur Entwicklung von Diabetes. Dabei ließen sich zwei Gruppen mit unterschiedlichen Mechanismen bei der Diabetesentstehung abgrenzen, eine mit Insulinresistenz und Fettleber und eine mit Insulinsekretionsstörung. Besonders interessant war eine weitere Gruppe, die zwar von den drei diabetesgefährdeten Gruppen das niedrigste Risiko für Typ-2-Diabetes hatte, da sie lange in der Übergangsphase Prädiabetes verweilte, aber bereits ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung von Nierenschädigung und ein höheres Risiko für allgemeine Sterblichkeit aufwies.

Die Studie zeigt, wie unterschiedliche Störungen des Stoffwechsels bereits lange vor der Manifestation des Diabetes vorliegen. Die Identifizierung unterschiedlicher Stoffwechselprofile hat zur Folge, dass Präventionsmaßnahmen auf die Hochrisikogruppen konzentriert werden sollten.

Diese Maßnahmen können unterschiedlich aussehen, um präzisere Interventionen zur Vermeidung von Diabetes und insbesondere seiner Komplikationen zu ermöglichen. Wir haben Studien begonnen, die gezielt die Wirksamkeit von intermittierendem Fasten in diesen Risikogruppen testen, mit der Annahme, dass diese Intervention besonders in der Gruppe mit hoher Insulinresistenz effektiv sein wird. Ähnliche Studien mit der Anwendung von bewährten Medikamenten zur Verbeugung von Komplikationen wie Niereninsuffizienz sind in der Planung.

Literatur:

1. Tabák AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *Lancet*. 2012 Jun 16;379(9833):2279–90.
2. Wagner R, Heni M, Tabák AG, Machann J, Schick F, Randrianarisoa E, Hrabě de Angelis M, Birkenfeld AL, Stefan N, Peter A, Häring H-U, Fritsche A. Pathophysiology-based subphenotyping of individuals at elevated risk for type 2 diabetes. *Nature Medicine*. 2021 Jan 4;1–9.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Tübingen, Juni 2021

EXPERTENSTATEMENT

100 Jahre Insulin: Diabetes Typ 1 im Kindes- und Jugendalter – was wichtig ist für eine normale Entwicklung

Professor Dr. med. Andreas Neu

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Kommissarischer Ärztlicher Direktor der Abteilung Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie an der Kinderklinik Tübingen, Leiter der Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus

1921 wurde in Toronto durch den jungen Arzt Frederick Banting und den Studenten Charles Best das Insulin entdeckt. Wenig später, im Januar 1922, wurde dem 14-jährigen Leonard Thompson das Präparat „Isletin“ der beiden Forscher verabreicht. Leonard Thompson war somit der erste Diabetespatient, der nach vorausgegangenen Versuchen am Hund und Eigeninjektionen der beiden Forscher mit Insulin behandelt wurde. Der initial sehr schlechte Zustand des Jungen besserte sich unter der Insulingabe rasch und somit war eine wirkungsvolle Behandlung des Diabetes mit Insulin eingeführt. Seit 1923 wird Insulin industriell produziert. Die weiteren Entwicklungen sowohl der Insulinproduktion als auch der technischen Hilfsmittel verliefen teilweise rasant: 1924 wurde die erste Insulinspritze hergestellt, 1934 das erste Verzögerungsinsulin produziert. Urinteststreifen wurden 1956, Blutzuckermessstreifen 1965 eingeführt, das erste Blutzuckermessgerät kam 1970 auf den Markt. In den 1980-er Jahren lösten Humaninsuline die tierischen Produkte ab. 1983 wurde die erste Insulinpumpe zur alltäglichen Verwendung auf den Markt gebracht. Seit 1985 stehen Pens für die Insulinapplikation zur Verfügung, kurz wirksame Insulin-Analoga wurden in den 1990-er Jahren eingeführt und zur Jahrtausendwende waren erstmals kontinuierliche Glukosemessgeräte verfügbar.

Heute werden in Deutschland rund 31.000 Kinder und Jugendliche mit einem Typ-1-Diabetes mit Insulin behandelt. Somit ist der Typ-1-Diabetes die häufigste Stoffwechselerkrankung bei Kindern und Jugendlichen. Viele dieser Heranwachsenden nutzen moderne Technologien: Rund 60 Prozent aller Kinder und Jugendlichen tragen eine Insulinpumpe, in manchen Altersgruppen liegt die Zahl bei über 90 Prozent. Mehr als zwei Drittel der pädiatrischen Patienten nutzen eine kontinuierliche Glukosemessung und etwa 50 Prozent eine Sensor-unterstützte Pumpentherapie, also die Kombination aus kontinuierlicher Messung und Insulinpumpe.

Eine Verbesserung der Stoffwechsellage in den letzten 20 Jahren ist eindeutig nachweisbar: Der Anteil pädiatrischer Typ-1-Patienten mit sehr schlechten Therapieergebnissen hat sich deutlich reduziert, das Risiko für eine schwere Hypoglykämie bei Kindern und Jugendlichen ist kontinuierlich rückläufig. Dennoch sind wir weit davon entfernt, die hoch gesteckten Therapieziele, die unsere internationale Fachgesellschaft vorgibt, in der Breite zu erreichen. Nach wie vor zeigen einzelne

Patientengruppen eine deutliche Verschlechterung der Stoffwechseleinstellung während der Pubertät. Regionale Unterschiede finden sich in der Nutzung moderner Technologien, also der Pumpentherapie oder der kontinuierlichen Glukosemessung. Regionale Unterschiede finden sich auch beim Einsatz unterschiedlicher Insulin-Präparationen. Patienten mit Migrationshintergrund werden seltener mit einer Insulinpumpe behandelt und erleiden häufiger schwerwiegende Komplikationen. Mit einer schlechten Stoffwechselkontrolle sind häufig psychische Zweitdiagnosen verbunden, ein ADHS oder Depressionen finden sich am häufigsten.

Sehr unterschiedlich ist in den einzelnen Bundesländern die Inklusion chronisch kranker Kinder in Kindertagesstätten, Kindergarten und Schule umgesetzt. Teilweise müssen gute Lösungen von den Betroffenen mit großer Anstrengung durchgesetzt werden.

Wie aktuelle Erhebungen der letzten Jahre gezeigt haben, findet sich insbesondere für die Mütter von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes ein hohes Belastungspotenzial. Dies führt nicht selten zu einer Reduktion der Berufstätigkeit und hat nachgewiesenermaßen auch finanzielle Einbußen zur Folge.

Die Unterstützung durch pädiatrisch qualifizierte und multiprofessionell ausgestattete Diabetes Teams in der Langzeitbetreuung ist obligat und Grundvoraussetzung dafür, dass Kinder und Jugendliche mit Diabetes in vielen Bereichen ein normales Leben führen können, so wie gleichaltrige gesunde Kinder auch. Dazu gehört die normale körperliche Entwicklung, dazu gehören die normale psychosoziale Entwicklung und die Vermeidung von Akut- und Folgeerkrankungen. Metabolische und psychosoziale Ziele sollten gleichermaßen angestrebt werden, um das normale Aufwachsen der Kinder zu sichern.

Was also braucht man außer Insulin und moderner technischer Ausrüstung, um einen Diabetes bei Kindern und Jugendlichen erfolgreich zu behandeln? Ich nenne drei Forderungen:

1) Kinderdiabetologisch qualifizierte Behandlungseinrichtungen für die stationäre und ambulante Versorgung sind obligat. Dort werden Patienten und deren Angehörige geschult im Umgang mit ihrem Diabetes. Das Ausmaß der Schulung und die Qualität der Betreuung sind richtungsweisend für den weiteren Verlauf der Erkrankung.

2) Neben der rein medizinischen Betreuung bedarf es des **psychosozialen Supports**. Kinder müssen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld gestützt werden, ihre Eigenständigkeit entwickeln können und auf Verständnis für die notwendigen Belange der Krankheitsversorgung treffen.

3) **Kontinuität und Erreichbarkeit** einer Behandlungseinrichtung sind obligat für Patienten mit chronischer Erkrankung und müssen deshalb gesichert werden.

Nur mit einem umfassenden Behandlungskonzept können wir gewährleisten, dass Kinder und Jugendliche mit Diabetes nicht durch ihre Erkrankung definiert werden, sondern primär als Kinder und Jugendliche gesehen werden und erst in zweiter Linie als Patienten mit einem Diabetes.

Literatur:

Dehn-Hindenberg A: Longterm occupational consequences for families of children with type 1 diabetes: the mothers take the burden. Diabetes Care 2021, in press

Neu A: Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, Diabetologie und Stoffwechsel 15, 2020

Heinrich-Rohr M: Unzureichende Versorgung gefährdet Inklusion von Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1, 2019 Diabetologie und Stoffwechsel 14 (05): 380-387. DOI: 10.1055/a-0970-8886

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Tübingen, Juni 2021

CURRICULUM VITAE

Prof. Dr. med. Stephan Petersenn

Zukünftiger Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE) (ab
1.7.2021), ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg

Werdegang:

Seit 2015	Task Force ESE Aggressive Pituitary Tumors
Seit 2012	Editorial Board PITUITARY
2012–2018	Editorial Board JCEMEditorial Board JCEM
2011–2015	Board of Directors, International Pituitary Society
2011–2014	Sprecher AG Hypophyse und Hypophysentumore der DGE
2009	Niederlassung in einer Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg, Gründung von ENDOC
2009	Ruf auf eine Stiftungsprofessur (W3) „Endokrine Tumoren“ an der Universität Duisburg-Essen (nicht angenommen)
2009	Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie
2008	Zusatzbezeichnung Andrologie
2008	Außerplanmäßige Professur an der Universität Duisburg-Essen
2007–2009	Leitender Oberarzt, Klinik für Endokrinologie (Prof. Dr. K. Mann), Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Essen
2006	Fachkunde Labormedizin
2003	Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen
2001–2007	Oberarzt, Klinik für Endokrinologie (Prof. Dr. K. Mann), Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Essen
2000	Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie
1999	Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG
1995–2001	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Medizinische Kern- und Poliklinik Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg
1994–2001	Leiter der Arbeitsgruppe Neuroendokrinologie, IHF Institut für Hormon- und Fortpflanzungsforschung an der Universität Hamburg

1992–1994	DFG-Stipendiat, Division of Endocrinology (Prof. S. Melmed), Cedars-Sinai Medical Center, University of California Los Angeles
1991–1992	Arzt im Praktikum, Medizinische Klinik I, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
1990	Promotion zum Dr. med.
1989–1990	Praktisches Jahr in Indien, Südafrika und England
1984–1990	Studium der Humanmedizin in Kiel, Auslandssemester in Wien

Mitgliedschaften

- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
- European Society of Endocrinology
- Endocrine Society
- International Pituitary Society
- European Neuroendocrine Association
- European Neuroendocrine Tumor Society
- Deutsche Diabetes Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Andrologie

CURRICULUM VITAE

PD. Dr. med. Susanne Reger-Tan

Leiterin des Diabeteszentrum Diabetologikum DDG der Klinik für
Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik
Essen



*1977

Werdegang:

Seit 2015	Oberärztin, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinikum Essen Leiterin des Diabeteszentrums Diabetologikum DDG Schwerpunkt: SmartDiabetesCare, Onkologika-induzierter Diabetes, Transplantationsdiabetes
2010	Anerkennung zum Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie
2004–2015	Assistenzärztin, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinikum Essen
2004	Approbation
1997–2004	Studium der Humanmedizin, Justus-Liebig-Universität Gießen

Zusatzqualifikationen:

2019	ICW ärztlicher Wundexperte
2018	Diabetologe DDG
2012	Qualifikation zur genetischen Beratung gem. § 7, Abs. 1,3 Gendiagnostikgesetz
Seit 2011	Good clinical practice PI/Stellvertreter (zuletzt 18.09.2019)
2009	Fachkunde Rettungsdienst und Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
Seit 2004	Fachkunde Strahlenschutz (zuletzt 11.03.2019)

Akademischer Werdegang:

2015	Habilitation, Universität Duisburg-Essen „Metabolische und psychologische Aspekte des polyzystischen Ovarsyndroms“
------	---

2007 Promotion, Universität Duisburg-Essen
 „Kardiovaskuläres Risikoprofil bei Frauen mit polyzystischem Ovarsyndrom“

Preise und Förderungen:

2014 Habilitandinnen-Förderprogramm der UKE
2010 MediMentPeer-Programm für Wissenschaftlerinnen in der Medizin der UKE
2009 Endrundenteilnahme des Young Investigator's Award der Deutschen
 Gesellschaft für Innere Medizin
2008 Posterpreis Endo 2008 Trainee Poster Competition der Endocrine Society
2007 1. Nachwuchsförderpreis Sektion Angewandte Endokrinologie der Deutschen
 Gesellschaft für Endokrinologie
2006 Endrundenteilnahme Young Investigator's Award der Deutschen Gesellschaft
 für Innere Medizin
2004 Posterpreis der Rheinisch-westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin

CURRICULUM VITAE

Professor Dr. med. Robert Wagner
Leiter der Endokrinologischen Ambulanz am Universitätsklinikum
Tübingen



*1975

Berufliche Tätigkeit:

2003–2005	Resident/Assistenzarzt in der Medizinischen Klinik I, Semmelweis Universität, Budapest
2005–2010	Assistenzarzt in der Inneren Abteilung, Kreiskrankenhaus Sigmaringen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen
2008	Facharzt für Innere Medizin
2010–2018	Facharzt und wissenschaftlicher Angestellter in der Medizinischen Klinik IV (Endokrinologie, Diabetologie, Nephrologie) des Universitätsklinikums Tübingen
2015	Anerkennung Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM), Sektion Innere Medizin, Stufe I
2015	Anerkennung Diabetologe Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)
2018–2019	Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, Funktionsoberarzt
Seit 2019	Leiter der Endokrinologischen Hochschulambulanz der Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Tübingen
Seit 2019	Oberarzt

Ausbildung und Wissenschaftlicher Werdegang:

1989–1994	Petőfi Sándor Gymnasium mit Ungarisch und Deutsch als Lehrsprachen, Mezőberény, Ungarn
-----------	--

1994–2000	Studium der Wirtschaftswissenschaften (Volks- und Betriebswirtschaftslehre) in der Budapester Universität für Wirtschaftswissenschaften (heute: Corvinus Universität), Budapest, Schwerpunkt: Wirtschaftsinformationstechnologie, MA-Diplom
1997–2003	Studium der Humanmedizin, Semmelweis Universität, Budapest, Ungarn und Buffalo, NY, USA
2003	Promotion mit der Dissertation „Neue therapeutische Möglichkeiten in der Behandlung der Epilepsie“ – Testung der antikonvulsiven Eigenschaften eines Fluoxetin-Metabolits im Epilepsiemodell der Maus. Pharmakologisches und Pharmakotherapeutisches Institut der Semmelweis Universität, bei Prof. V. Kecskeméti und Dr. P. Riba, Prädikat: <i>summa cum laude</i>
2012–2013	Medizindidaktische Qualifikation (120 Unterrichtseinheiten), Kompetenzzentrum für Hochschuldidaktik in Medizin Baden-Württemberg
2015	Promotion zum Doktor der Medizin, Eberhard-Karls-Universität Tübingen, bei Prof. Dr. H.U. Häring, Prädikat: <i>magna cum laude</i>
2017	Habilitation für Innere Medizin (Thema: „Understanding type 2 diabetes through dissecting the role of genetic variants“), Eberhard-Karls-Universität Tübingen
2019	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor, Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Subphänotypisierung des Typ-2-Diabetes mit Untersuchung der individuellen Prädisposition für diabetische Komplikationen, insbesondere Nephropathie und kardiovaskuläre Endorganschäden
- klinische Interventionsstudien zur Pathophysiologie des Typ-2-Diabetes
- Machine learning / artificial intelligence zur Identifizierung neuer Zusammenhänge von bildgebenden Untersuchungen (Ganzkörper-MRI, Histologie) mit individuellen Charakteristika des Stoffwechsels

CURRICULUM VITAE

Professor Dr. med. Andreas Neu

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Kommissarischer
Ärztlicher Direktor an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am
Universitätsklinikum Tübingen, Leiter der Behandlungseinrichtung für
Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus



Werdegang:

1983	Wissenschaftlicher Angestellter an der Universitäts-Kinderklinik Tübingen
1988	Facharzt für Kinderheilkunde
Seit 1989	Betreuung diabetischer Kinder und Jugendlicher innerhalb der Sektion „Pädiatrische Endokrinologie“
1995	Anerkennung als „Diabetologe DDG“
2003	Habilitation mit dem Thema „Diabetesmanifestation bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. Epidemiologie – Klinik – „Versorgung“
2003	Ernennung zum Lehrbeauftragten der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
2010	Zusatzbezeichnung „Kinderendokrinologie, Kinderdiabetologie“
2010	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Universität Tübingen

Wissenschaftlicher Schwerpunkt:

Seit 1992	Aufbau und Koordination eines Diabetes-Inzidenzregisters für Baden- Württemberg
1997	Erste deutsche Publikation zur Diabetes-Inzidenz diabetischer Kinder und Jugendlicher in Deutschland

Auszeichnungen:

1997	Landeslehrpreis des Ministeriums für Wissenschaft, Baden-Württemberg, als Anerkennung für neue Lehrkonzepte innerhalb der pädiatrischen Ausbildung
2002	ISPAD-Vortragspreis „Best oral presentation“, Annual Meeting ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes), Graz

2011	Menarini-Preis für das Projekt „Inzidenz des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen“, gemeinsam mit S. Eehalt
Seit 2014	Kategorie A „Best of Dozierender“ am Universitätsklinikum Tübingen
Seit 2015	Jährlich Focus „Top-Mediziner“-Ranking
2018	Auszeichnung mit der Staufer-Medaille des Landes Baden-Württemberg

Berufspolitische Aktivitäten:

- Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie (Gründungsmitglied 1992, Vorstandsmitglied 2003 bis 2005, Sprecher 2008 bis 2013)
- Leitlinienkoordinator der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) (seit 2013)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (Mitglied seit 1989, Vorstandsmitglied und Schatzmeister seit 2015, Vizepräsident seit 2019)
- Sprecher der Arbeitsgemeinschaft (AG) Epidemiologie der DDG 2016 bis 2018

Diabetes mellitus in Deutschland – Zahlen und Fakten

Stand 02/2021

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die Menschen jeden Alters betreffen kann. In Deutschland sind aktuell **circa acht Millionen Menschen** erkrankt. Darüber hinaus ist von einer **Dunkelziffer von etwa zwei Millionen Menschen** mit Diabetes auszugehen.¹ Auch in Zukunft wird mit einem Anstieg der Diabetesprävalenz gerechnet. Bei gleichbleibender Entwicklung wird damit gerechnet, dass hierzulande **bis zum Jahr 2040 bis zu 12 Millionen Menschen an Diabetes** erkrankt sein werden.² Abrechnungsdaten von Krankenkassen zeigen, dass bei etwa neun Prozent der erwachsenen Bevölkerung ein diagnostizierter Typ-2-Diabetes vorliegt.

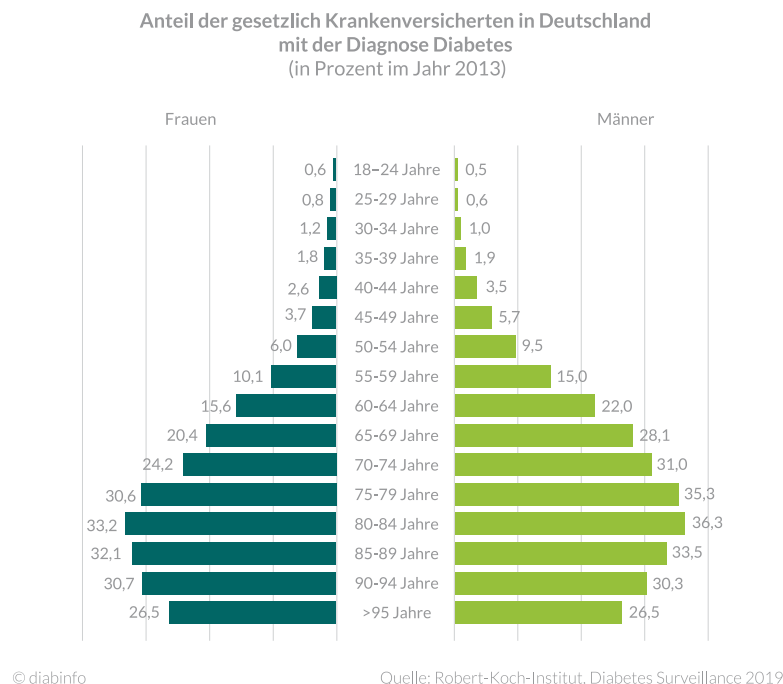
Schätzungsweise **341 000 Menschen im Erwachsenenalter haben in Deutschland einen Typ-1-Diabetes**, hinzu kommen noch **etwa 32 000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren**. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunkrankheit, die meistens im Kindes- und Jugendalter auftritt: Die Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren dann kein Insulin mehr. **Jährlich erkranken rund 3 100 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre neu an Typ-1-Diabetes. Die Rate der Typ-1-Diabetes-Neuerkrankungen steigt derzeit jährlich um drei bis fünf Prozent an.** Die Gründe dafür sind noch unbekannt. Diskutiert werden Umweltfaktoren, Ernährung im Säuglingsalter und andere Einflüsse auf das Immunsystem.

Auch Erwachsene können an einem Diabetes Typ 1 erkranken. Es handelt sich dabei um einen verzögert einsetzenden, autoimmun-bedingten Diabetes („latent autoimmune diabetes in adults“ – **LADA**). Häufig erhalten diese Patientinnen und Patienten anfangs die Diagnose Typ-2-Diabetes. **Jedes Jahr erkranken an diesem Diabetestyp rund 4 150 Erwachsene.** Männer sind hierbei etwas häufiger betroffen als Frauen.

An dem sogenannten **Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)** erkranken in Deutschland **etwa 45 000 Frauen jährlich, also 5,9 Prozent aller Schwangeren.**³ Seit Jahren steigt diese Zahl kontinuierlich an. Direkt nach der Schwangerschaft ist ein Diabetes zumeist nicht mehr nachweisbar. Frauen mit einer Schwangerschaftsdiabetes haben ein 7-fach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken. 60 Prozent aller Patientinnen lassen sich jedoch nach der Schwangerschaft daraufhin nicht weiter untersuchen.

Eine deutliche Mehrheit von etwa 95 Prozent der Diabetespatientinnen und -patienten haben einen **Typ-2-Diabetes**. Diese Diabetesform ist assoziiert mit **Übergewicht, Mangel an Bewegung, erhöhten Blutfettwerten, Bluthochdruck sowie genetischen Faktoren**. Ursächlich sind im Wesentlichen eine verminderte Wirkung von Insulin (**Insulinresistenz**) in unterschiedlichen Geweben und eine **verminderte, gestörte Insulinausschüttung**. Beide Faktoren kommen bei Betroffenen in unterschiedlicher Kombination und Ausprägung zum Tragen.

Bis zur ersten Diagnose leben Betroffene **etwa acht Jahre lang mit einem unentdeckten Diabetes**. Eine neue Auswertung der Daten aller gesetzlich versicherten Personen in Deutschland zeigt, dass innerhalb eines Jahres 12 von 1 000 Menschen neu an Diabetes erkranken. Demnach kommen **jedes Jahr bis zu 600 000 Neuerkrankungen des Typ-2-Diabetes** hinzu. Im europäischen Vergleich liegt **Deutschland damit an zweiter Stelle**.



Diabetes in Kliniken:

Im Jahr 2017 wurden **19,95 Millionen Patientinnen und Patienten mit Diabetes im Krankenhaus** versorgt. Davon wurden **205 275 Betroffene mit der Hauptdiagnose Diabetes** eingeliefert.⁴

Allerdings bildet diese Zahl nur eingeschränkt die Behandlungswirklichkeit ab.

Seit einer Erhebung an der Universitätsklinik Tübingen aus dem Jahr 2016⁵ ist davon auszugehen, dass im Mittel **22 Prozent aller Klinikpatienten mit der Nebendiagnose Diabetes ins Krankenhaus** kommen. Dabei steigt in Abteilungen, die sich verstärkt der Behandlung älterer, multimorbider Erkrankter widmen, der Anteil dieser Patientinnen und Patienten auf bis über 40 Prozent an. Daraus

folgt, dass insgesamt etwa **jeder dritte bis fünfte Krankenhauspatient einen Diabetes** hat, auch teils unerkant.

Gleichzeitig **sinkt die Zahl der klinischen Lehrstühle für Diabetologie mit Direktionsrecht** rasant. Die Zahl diabetologischer klinischer Lehrstühle an den deutschen Universitäten hat sich in den letzten drei Jahrzehnten fast halbiert. An den derzeit 37 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland ist das Fach nur noch mit acht bettenführenden Lehrstühlen repräsentiert (*Stand März 2020*).

Diabetesversorgung:

Es gibt in Deutschland rund 1 100 Diabetologische Schwerpunktpraxen. Allerdings bestehen regional erhebliche Unterschiede, wodurch teilweise ein Defizit der Versorgung besteht. Ein Hausarzt betreut rund 100 Patienten mit Diabetes, davon zwei bis fünf Typ-1-Diabetiker. Es gibt rund 4 266 Diabetologen/innen, 5 050 Diabetesberater/innen, circa 8 570 Diabetesassistent/innen, 3 520 Wundassistent/innen sowie 300 stationäre Einrichtungen mit einer Anerkennung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

Rund die Hälfte der Typ-2-Diabetespatientinnen und -patienten können ohne Medikamente gut behandelt werden, das heißt mit Ernährungsumstellung, Gewichtsabnahme, spezieller Schulung und Bewegung. Zwischen 40 bis 50 Prozent der Typ-2-Diabetiker erhalten blutzuckersenkende Tabletten, mehr als 1,5 Millionen werden mit Insulin behandelt.

Lebenserwartung:

Internationale Studien zeigen, dass die Mortalitätsraten bei Menschen mit Diabetes in den letzten Jahrzehnten gesunken sind. Ein wesentlicher Grund ist die bessere Versorgung der Menschen mit Diabetes. Dennoch: Menschen mit Diabetes haben **ein bis zu 2,6-faches Risiko für einen frühzeitigeren Tod** im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes. **Ihre Lebenserwartung ist im Durchschnitt um etwa vier bis sechs Jahre kürzer als bei gleichaltrigen Personen ohne Diabeteserkrankung. Etwa jeder fünfte Todesfall (16 Prozent) in Deutschland ist mit einem Typ-2-Diabetes-assoziiert** – durch Folge- und Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-erkrankungen. Dies deutet auf eine erhebliche **Unterschätzung der offiziellen Todesursachenstatistik** hin. Insbesondere Frauen und jüngere Personen haben ein erhöhtes diabetesbedingtes Mortalitätsrisiko. Männliche Diabetespatienten haben im Vergleich zu einem Altersgenossen ohne Diabetes eine um vier bis sechs Jahre **reduzierte Lebenserwartung**, während Diabetespatientinnen etwa fünf bis sieben Jahre früher als stoffwechselgesunde Frauen sterben.⁶

Neueste Studien zeigen zudem, dass das Alter bei Diabetesdiagnose die Mortalität beeinflusst. Je später der Typ-2-Diabetes diagnostiziert wird, umso niedriger die Gesamtsterblichkeit – pro

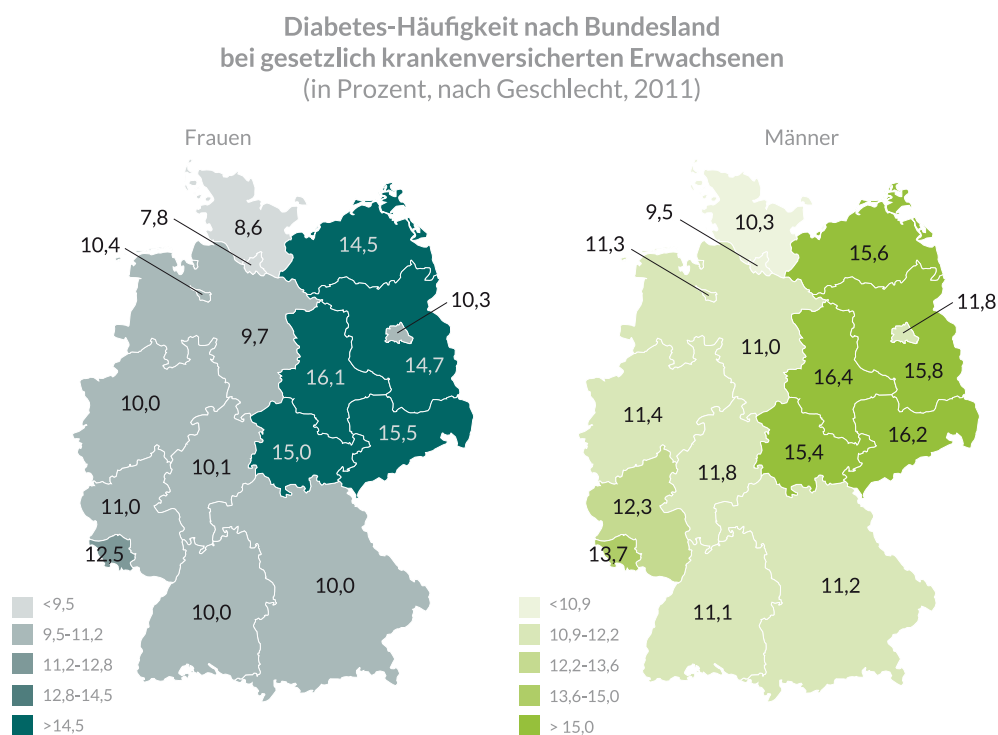
Lebensjahr drei Prozent weniger. Das Risiko für Gefäßerkrankungen sinkt um vier bis fünf Prozent pro Jahr.¹⁰

Diabetes erhöht insgesamt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen und reduzierte Lebensqualität. So verbleiben stoffwechselgesunden Frauen im Alter von 30 bis 34 Jahren durchschnittlich 11 gesunde Lebensjahre mehr als gleichaltrigen Frauen mit Diabetes.

Ältere Menschen und chronisch Kranke haben bei einer COVID-19-Erkrankung ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf und weisen auch eine höhere Mortalität auf. Daten aus europäischen Ländern haben ein erhöhtes Risiko eines schweren oder fatalen COVID-19-Verlaufs bei Adipositas, Diabetes mellitus, Hypertonie, chronischen Organ-, Gefäß-, Autoimmun- oder neurologischen Erkrankungen gezeigt (3-5).⁷⁸⁹ In Großbritannien konnte bei rund einem Drittel der Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 außerdem auch eine Diabetes-Erkrankung festgestellt werden.¹⁰ Genauere Fakten und Daten werden in Zukunft jedoch noch erhoben werden müssen, um die Zusammenhänge exakter zu umreißen.

Regionale Unterschiede:

Betrachtet man die Erkrankungshäufigkeit auf regionaler Ebene, so zeigt sich, dass es – mit Ausnahme des Saarlandes – ein großes Ost-West-Gefälle gibt. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern liegt die Erkrankungsrate in den östlichen Bundesländern mit durchschnittlich vier



Prozentpunkten deutlich höher als im Westen. Dort hat bereits etwa jeder Sechste einen Diabetes, während in den westlichen Bundesländern jeder Zehnte bis Elfte betroffen ist.¹

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, diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation und Nierenschwäche bis hin zur Dialyse. Die am häufigsten auftretenden Begleiterkrankungen des Diabetes sind Hypertonie, Störungen des Lipoproteinhaushaltes, Nierenerkrankungen, Polyneuropathie, Schilddrüsenerkrankungen, Pankreasstörungen, Herzerkrankungen, Adipositas und Gefäßerkrankungen.¹¹

Kosten:

Diabetespatienten verursachen **etwa doppelt so hohe Kosten** wie vergleichbare Versicherte ohne Diabetes. Bei jüngeren Patienten könnten diese Kosten sogar dreifach erhöht sein. Die jährlichen Gesamtkosten belaufen sich auf **etwa 21 Milliarden Euro direkte Exzesskosten inklusive der Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes** (Abrechnungsdaten der GKV). Das entspricht etwa 11 Prozent aller Krankenversicherungsausgaben. Indirekte Kosten, wie Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit, sind hierbei nicht eingerechnet.

Die Kosten der jährlichen diabetesbezogenen **Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland werden auf etwa 110 Millionen Euro** geschätzt.¹² Deutschland liegt mit ungefähr 37 Milliarden Euro auf dem vierten Platz der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben für Diabetes.

Die International Diabetes Foundation (IDF) schätzt **Kosten zur Behandlung von Diabetes und Prävention von Folgeerkrankungen weltweit** für die Altersgruppe 20 bis 79 Jahre auf **mindestens 635 Milliarden Euro**.¹³ Die Kosten machen je nach Land 8,3 bis zu 19,4 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Werden die Gesundheitsausgaben für Diabetes in Deutschland auf das Jahr 2040 projiziert, so würde Deutschland mit rund 36 Milliarden US-Dollar hinter den USA und China zu den zehn Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben gehören (IDF 2015).

Laufende Studienprojekte zu Diabetes:

- Deutsche Diabetes-Studie <https://deutsche-diabetes-studie.de/>
- Deutsche Gestationsdiabetes Studie (PREG) <https://www.dzd-ev.de/forschung/bereiche/klinische-studien/preg/index.html>
- Dopamine Genetics 01 <https://www.dzd-ev.de/forschung/bereiche/klinische-studien/dopamine-genetics-01/index.html>

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 9 200 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis, Grundlagenforscher, Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apotheker, Diabetesfachkräfte 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:

- Fort- und Weiterbildung von Diabetologen, Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Diabetespflegefachkräften, Wundassistentinnen und Fachpsychologen
- Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- Entwicklung von medizinischen Leitlinien, Praxisempfehlungen und Patientenleitlinien sowie Definition des medizinischen Standards in der Diabetologie
- Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- Information und wissenschaftlicher Austausch über neueste Erkenntnisse, unter anderem auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres
- Unterstützung der Nachwuchssicherung in diabetesbezogenen Berufen

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 (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Meinungsbildung durch die Herausgabe von Stellungnahmen und eine aktive Medienarbeit.

In 35 Gremien (Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften) werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärztinnen und Ärzte die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise den zu Behandelnden zugutekommen lassen.

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Quellen:

¹ Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021

² Tönnies, T et al.: Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. In: Diabet Med, 2019, 36: 1217-1225 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30659656>

³ Robert Koch-Institut (RKI), Bericht der Nationalen Diabetes Surveillance: Diabetes in Deutschland <https://diabsurv.rki.de/SharedDocs/downloads/DE/DiabSurv/diabetesbericht2019.html> (Stand 1/2020)

⁴ Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2019

⁵ Kufeldt, J. et al., Prevalence and Distribution of Diabetes Mellitus in a Maximum Care Hospital: Urgent Need for HbA1c-Screening, Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2018 Feb;126(2):123-129. doi: 10.1055/s-0043-112653. Epub 2017 Jul 27

Müller-Wieland D, Merkel M, Hamann A, Siegel E, Ottillinger B, Woker R, Fresenius K. Survey to estimate the prevalence of type 2 diabetes mellitus in hospital patients in Germany by systematic HbA1c measurement upon admission. Int J Clin Pract. 2018 Dec;72(12):e13273

⁶ Jacobs E et al. Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data from 65 Million People in Germany, Diabetes Care, 18. Oktober 2017, dc170954. <https://doi.org/10.2337/dc17-0954>

Jacobs, E & Rathmann, W: Epidemiologie des Diabetes; Diabetologie und Stoffwechsel, Diabetologie und Stoffwechsel 2017; 12(06): 437-446, DOI: 10.1055/s-0043-120034 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-120034>

⁷ Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K et al. OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. Nature 2020; 584(7821): 430-6

⁸ Guo W, Li M, Dong Y et al. Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. Diabetes Metab Res Rev. 2020. PMID: 32233013; e3319 DOI: 10.1002/dmrr.3319

⁹ Gallwitz B. COVID-19 und Diabetes: Gefährliche Interaktionen. Dtsch Arztebl 2020; 117(44): [4]; DOI: 10.3238/PersDia.2020.10.30.01 (zuletzt aufgerufen 02.02.21)

¹⁰ Barron E, Bakhai C, Kar P, et al. Associations of type 1 and type 2 diabetes with COVID-19-related mortality in England: a whole-population study. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; 8:813-822.)

¹¹ WIG 2-Analyse 2018

¹² Bächle CC, Holl RW, Straßburger K, Molz E, Chernyak N, Beyer P, Schimmel U, Rüttschle H, Seidel J, Lepler R, Holder M, Rosenbauer J, Icks A. Costs of paediatric diabetes care in Germany: current situation and comparison with the year 2000. Diabet Med. 2012; 29:1327-1334

¹³ Internationale Diabetes Föderation: IDF Diabetes Atlas 2019, 9. Auflage. 2019
Huppertz E et al., Ergebnisse der KoDiM-Studie 2010 – Diabetes: Häufigkeit und Kosten der Grunderkrankung, von Komplikationen und Begleiterkrankungen; Diabetologie und Stoffwechsel, 2014; 9 - P147, DOI: 10.1055/s-0034-1375004 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1375004>
Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Stellungnahmen/Gesundheitspolitik/Gesundheitsbericht_2020.pdf

Nanayakkara N, Curtis A J., Heritier S, Gadowski A M., Pavkov M E., Kenealy T, Owens D R., Thomas R L., Song S, Wong J, Chan J C.-N, Luk A O.-Y, Penno G, Ji L, Mohan V, Amutha A, Romero-Aroca P, Gasevic D., Magliano D J., Teede H J., Chalmers J & Zoungas S: Impact of age at type 2 diabetes mellitus diagnosis on mortality and vascular complications: systematic review and meta-analyses, Diabetologia (2021) 64:275-28; <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05319-w>



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Die **Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V.** ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Hormon- und Stoffwechselerkrankungen. Hormone werden von endokrinen Drüsen, zum Beispiel Schilddrüse oder Hirnanhangdrüse, aber auch bestimmten Zellen in Hoden und Eierstöcken „endokrin“ ausgeschüttet, das heißt nach „innen“ in das Blut abgegeben. Im Unterschied dazu geben „exokrine“ Drüsen wie Speichel- oder Schweißdrüsen, ihre Sekrete nach „außen“ ab.

Hauptaufgabe der DGE ist die **Förderung der Forschung** auf dem Gebiet der Endokrinologie – im Bereich der Grundlagenforschung ebenso wie im Bereich der klinischen Forschung. Sie vergibt mehrere Auszeichnungen und Stipendien an Wissenschaftler, die auf diesem Gebiet herausragende Erfolge vorweisen können. www.endokrinologie.net/preise-stipendien.php

Die DGE wurde 1953 gegründet. Sie veranstaltet jährlich **wissenschaftliche Symposien**, gibt die Zeitschriften „Journal of Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes“ (ECED) sowie die „Endokrinologie Informationen“ heraus, bietet **Fort- und Weiterbildung** an und vertritt Deutschland international in der European Federation of Endocrine Societies (ESE) und in der International Society of Endocrinology (ISE). In **acht Sektionen** und **fünf Arbeitsgemeinschaften** bearbeiten DGE-Mitglieder einzelne Themen wie etwa Knochenstoffwechsel, Diabetes oder Neuroendokrinologie gesondert. Derzeit hat die DGE etwa 1700 Mitglieder.

Zum sechsten Mal schreibt die DGE 2021/2022 einen **Medienpreis** aus. Der Wettbewerb richtet sich an Journalisten und Journalistinnen, die für Zeitungen oder Zeitschriften (Print oder Internet), Hörfunk oder Fernsehen arbeiten. Berücksichtigt werden Beiträge, die **zwischen dem 1. Februar 2021 und dem 31. Januar 2022** publiziert werden. Weitere Informationen werden in Kürze auf der Webseite der Fachgesellschaft www.endokrinologie.net bekannt gegeben.

Mit der **Informationskampagne „Hormongesteuert?!“** möchte die Fachgesellschaft die gesundheitliche Bedeutung hormoneller und stoffwechselbezogener Vorgänge in der Bevölkerung bekannter machen und auf die wichtige Rolle von Hormon- und Stoffwechselexperten hinweisen.
www.hormongesteuert.net

Vom **19. bis 25. September 2021** veranstaltet die DGE die **6. Deutsche Hormonwoche**. In zahlreichen endokrinologischen Einrichtungen wird es in dieser Woche Informationsveranstaltungen für Patienten und Angehörige geben. Zu den Themen gehören die großen Volkskrankheiten wie Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck aber auch seltenere Hormonerkrankungen. Zum **Auftakt der Hormonwoche** findet **eine Pressekonferenz** statt.

Geschäftsstelle der DGE
c/o EndoScience Endokrinologie Service GmbH
Hopfengartenweg 19, 90518 Altdorf
Tel.: 09187 / 97 424 11
Fax: 09187 / 97 424 71
E-Mail: dge@endokrinologie.net
www.endokrinologie.net
www.hormongesteuert.net

Pressestelle der DGE
Dr. Adelheid Liebendörfer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: liebendoerfer@medizinkommunikation.org

DDG Medienpreise 2021

für exzellente Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes während der Corona-Pandemie

Die Corona-Krise stellt Menschen mit Diabetes vor Herausforderungen: Patientinnen und Patienten mit einem schlecht eingestellten Blutzuckerspiegel haben beispielsweise ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf. Hinzu kommt, dass durch Umstellungen in der klinischen Versorgung zugunsten infektiologischer Maßnahmen wichtige Vorsorge- und Behandlungstermine oft nicht ausreichend wahrgenommen wurden. Zudem hat die Corona-Krise bei vielen Menschen mit Diabetes durch die Kombination aus Home-office und wegfallenden, regelmäßigen Sportangeboten Bewegungsmangel, eine Gewichtszunahme und damit auch eine instabilere Stoffwechsellage mit sich gebracht. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft legt in ihrer Ausschreibung der Medienpreise 2021 einen Fokus auf die besondere Situation von Menschen mit Diabetes während der Corona-Pandemie. Das Thema der Ausschreibung lautet

„Diabetes in Corona-Zeiten: Risiken und Versorgungslage für chronisch Kranke in der Pandemie“.

Wann gelten Patienten mit Diabetes als Risikopatienten? Welche Auswirkungen hat das Coronavirus auf Betroffene? Wie ist es während der Corona-Pandemie um ihre Versorgung bestellt? Was läuft gut – wo gibt es Mängel und Verbesserungsbedarf? Welche psychischen Auswirkungen hat die Pandemie auf Menschen mit Diabetes? Welche Behandlungswege sind erfolgsversprechend? Und welche Strategien und Maßnahmen zur Selbsthilfe haben Betroffene in dieser Zeit entwickelt, um der Erkrankung zu begegnen? Diese und ähnliche Fragen können im Fokus der Medieneinreichungen stehen.

Die DDG schreibt 2021 zum achten Mal ihre Medienpreise aus. Es werden vier Preise in den Kategorien Print, Hörfunk, Fernsehen und Online vergeben. In der Kategorie Online können Webseiten, Blogs oder Online-Videos eingereicht werden. Jeder der vier Preise ist mit jeweils **1.500 Euro** dotiert. Bewerben können sich Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum, die in ihren Berichten den Fokus auf „Menschen mit Diabetes während der Corona-Pandemie“ legen.

In das Auswahlverfahren werden Medienveröffentlichungen einbezogen, die zwischen dem 01. August 2020 und dem 31. Juli 2021 im deutsch-

sprachigen Raum publiziert wurden und einem breiten Publikum Informationen aus dem Gebiet der Diabetologie vermitteln. Wissenschaftliche Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften werden bei der Vergabe der Preise nicht berücksichtigt.

Bewerbungsunterlagen:

Bitte schicken Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis zum **31. Juli 2021** an die Pressestelle der DDG.

Kategorie: **Print**

(Artikel der Tages- und Wochenpresse, aus Zeitschriften sowie im Internet veröffentlichte Textbeiträge)

Kategorie: **Hörfunk**

Kategorie: **Fernsehen**

Kategorie: **Online**

(Webseiten, Blogs oder Online-Videos)

Bitte beachten Sie:

Autorinnen und Autoren können sich jeweils nur mit einem Beitrag bewerben. Serienbeiträge können aufgrund des Umfangs leider nicht angenommen werden.

Reichen Sie Ihren Beitrag bitte per E-Mail ein:

- **Kurzer Lebenslauf mit Foto**
(650 x 370 px und Angabe zum Copyright)
als Word- oder PDF-Datei
- **Print-Beitrag als PDF**
- **Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei,**
inkl. Sendemanuskript als PDF
- **Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht**
wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- **TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei,**
inkl. Sendemanuskript als PDF

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury mit hochkarätigen Journalisten unter Leitung der DDG. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury

geteilt werden, wenn zwei Bewerbungen in einer Kategorie vorliegen, die als qualitativ gleichwertig beurteilt werden. Wenn die Jury zu der Einschätzung kommt, dass in einer Kategorie preiswürdige Publikationen bis zum Meldeschluss der Ausschreibung nicht vorliegen, wird der Preis in der jeweiligen Kategorie nicht vergeben.

Die Preisvergabe erfolgt auf der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft, die vom 05. bis zum 06. November 2021 in Wiesbaden stattfindet. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt die Preisträgerin/der Preisträger ihr/sein Einverständnis mit der Wiedergabe des ausgezeichneten Beitrags auf der DDG Homepage, sowie gegebenenfalls am DDG Stand auf der Herbsttagung und ggf. in anderen Publikationen/Medien der Fachgesellschaft.

Übersicht:

Zielgruppe:

Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum

Fachgebiet:

Gesundheit und Medizin

Medium:

Print-, Hörfunk-, Fernseh-, Online-Publikumsmedien, veröffentlicht im Zeitraum 01.08.2020 bis 31.07.2021

Dotierung:

Insgesamt 6.000 Euro

Einsendeschluss:

31.07.2021

Kontakt:

Pressestelle Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Friederike Gehlenborg
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-295

Fax: 0711 8931-167

gehlenborg@medizinkommunikation.org

www.ddg.info



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2021/2022

Zum sechsten Mal schreibt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) den DGE-Medienpreis für journalistische Beiträge zu Erkrankungen des Hormonsystems und Störungen des Stoffwechsels aus. Bewerbungsschluss ist der 31. Januar 2022. Das Preisgeld beträgt 2.000 Euro. Der Medienpreis würdigt herausragende journalistische Arbeiten zu endokrinologischen Themen, die sorgfältig recherchiert, allgemeinverständlich formuliert sind und den Kriterien medizin-journalistischer Qualität entsprechen. Teilnehmen können Journalistinnen und Journalisten mit Beiträgen aus den Bereichen Print (Zeitungen, Zeitschriften sowie im Internet veröffentlichte Artikel), Fernsehen und Hörfunk. Es kann jeweils nur ein Einzelbeitrag eingereicht werden.

Mit dem Medienpreis will die DGE die Berichterstattung über endokrinologische Themen anregen und zugleich die Bedeutung des Faches Endokrinologie sichtbar machen.

Bewerbungsunterlagen

Eingereicht werden können Beiträge, die **zwischen dem 1. Februar 2021 und dem 31. Januar 2022** in einem deutschsprachigen Publikumsmedium veröffentlicht werden.

Folgende Unterlagen sind bitte per E-Mail an die Pressestelle der DGE zu senden:

- Kurzer Lebenslauf mit Foto (650 x 370 px und Angabe zum Urheberrecht) des Bewerbers/der Bewerberin als Word- oder PDF-Datei
- Print-Beitrag als PDF
- Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei, inklusive Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inklusive Sendemanuskript als PDF, gegebenenfalls Link, falls Beitrag im Web abrufbar ist

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury der DGE. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei gleichwertige und preiswürdige Bewerbungen vorliegen. Gelangt die Jury zu der Einschätzung, dass preiswürdige Publikationen bis zum Meldeschluss dieser Ausschreibung nicht vorliegen, wird der Preis nicht vergeben.

Die **Preisvergabe** erfolgt auf dem **65. Kongress für Endokrinologie** (17. bis 19. März 2022) in **Baden-Baden**. Die persönliche Teilnahme der Preisträgerin/des Preisträgers ist ausdrücklich erwünscht. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt die Preisträgerin/der Preisträger ihr/sein Einverständnis mit der Wiedergabe der ausgezeichneten Publikation auf der Homepage der DGE und gegebenenfalls in anderen Publikationen der Fachgesellschaft.

DGE-Pressestelle:

Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-313, Fax: 0711 8931-167, E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org
www.endokrinologie.net, www.hormongesteuert.net