

Gemeinsame Online-Pressekonferenz

der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

„Hormone und Zucker - wo knirscht es in der Versorgung Deutschlands?“

Termin: Dienstag, 28. Juni 2022, 11.00 bis 12.00 Uhr

Programm:

Testosteronmangel bei Adipositas und Diabetes – gibt es Handlungsbedarf?

Professor Dr. med. Stephan Petersenn

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

Cholesterin senken – bei wem, wieviel und womit?

Professor Dr. med. W. Alexander Mann

Ärztlicher Leiter ENDOKRINOLOGIKUM Frankfurt am Main, Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen, Rheumatologie, Osteologie und Neurologie

Beiratsmitglied der Sektion Diabetes, Adipositas und Stoffwechsel der DGE

Transition und kontinuierliche Versorgung in Diabetologie:

Plötzlich 18 Jahre – wie geht es weiter?

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

Unterschätzte Gefahr für die Patientenversorgung in Endokrinologie und Diabetologie: zu wenig Lehrstühle. Was laut Wissenschaftsrat jetzt getan werden muss

Professor Dr. med. univ. Michael Roden

Vorstand Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Direktor der Universitätsklinik für Endokrinologie und Diabetologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

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

PRESSEMITTEILUNG

Herz-Risikopatientinnen und Patienten müssen Cholesterinspiegel senken: Medikamente jedoch aufgrund von Vorurteilen oft ungenutzt

Unterversorgung trotz ausreichendem Therapieangebot

Berlin, Juni 2022 – Herzinfarkt, Schlaganfall oder Verschlüsse von Schlagadern in den Beinen (periphere arterielle Verschlusskrankheit, pAVK) sind schwere Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Zu ihren Ursachen zählen erhöhte Cholesterinwerte. Zu viel Fett im Blut kann die Gefäße verstopfen. Menschen mit einem hohen Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse benötigen daher eine cholesterinsenkende Therapie. Doch obwohl wirksame und verträgliche Konzepte zur Verfügung stehen, werden sie oft nicht genutzt: Zwei Drittel der Risikopatientinnen und -Patienten haben trotz verfügbarer Therapien zu hohe LDL (Low-Density Lipoprotein) - Cholesterinwerte. Warum das so ist und wie hohe Cholesterinspiegel heute bestmöglich behandelt werden können, war ein Thema auf der gemeinsamen Online- Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) am Dienstag, den 28. Juni 2022. Dabei nahmen die Experten auch zu verschiedenen Vorurteilen und Falschmeldungen rund um Cholesterin Stellung.

Cholesterin ist ein natürlicher fettartiger Stoff, der in allen Zellen vorkommt und unter anderem ein wichtiger Grundbaustein für Hormone ist. Im Blut wird Cholesterin in so genannten Lipoproteinen wie LDL-Cholesterin und HDL-Cholesterin (High Density Lipoprotein) transportiert. Überschüssiges LDL-Cholesterin lagert sich in den Gefäßinnenwänden ab, was zu Arterienverkalkungen (Arteriosklerose) führen kann. Deshalb wird es auch als „schlechtes“ Cholesterin bezeichnet. HDL-Cholesterin kann den Anteil an schädlichen Fetten im Blut senken und gilt deshalb als das „gute“ Cholesterin. Für Menschen ohne Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten ein Gesamtcholesterinwert von weniger als 200 mg/dl (5,2 mmol/l) und ein LDL-Wert von weniger als 116 mg/dl beziehungsweise 3 mmol/l als günstig. Seit Kurzem gilt ein neuer LDL-Wert für Herz- oder Gefäßkranke von < 55 mg/dl LDL-C (1).

Den Zusammenhang von zu viel Cholesterin im Blut und dem Auftreten von Gefäßverkalkung haben Forscher bereits im Jahr 1913 nachgewiesen (2). „Je höher das LDL-Cholesterin, desto höher das Risiko, eine

Herz-Kreislauf-Erkrankung zu erleiden“, sagt Professor Dr. med. Alexander Mann, Ärztlicher Leiter des ENDOKRINOLOGIKUMs Frankfurt am Main. Das Beiratsmitglied der Sektion Diabetes, Adipositas und Stoffwechsel der DGE schränkt jedoch ein: „Das heißt aber nicht, dass jede Person mit einem hohen LDL-Cholesterin eine kardiovaskuläre Erkrankung erleiden wird.“ Im Umkehrschluss biete allerdings auch ein niedriges LDL-Cholesterin keinen absoluten Schutz. Genetische Veranlagung, Empfindlichkeit der Gefäßwände und andere Risikofaktoren wie Diabetes, Nikotinkonsum oder Bluthochdruck würden ebenfalls das Risiko erhöhen. Ärzte berücksichtigen deshalb das individuelle kardiovaskuläre Risiko bei der Wahl der Therapieart. So kann bei ansonsten gesunden Menschen eine Lebensstiländerung mit fettarmer Kost und mehr Sport schon ausreichen, das LDL-Cholesterin zu senken.

Verfügbare Therapien zur Senkung des Risikos bleiben oft ungenutzt

Bei Patientinnen und Patienten mit hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko, etwa Menschen, die an Diabetes mellitus Typ-2 leiden, ist die Einnahme von Medikamenten zur Erreichung gesunder Cholesterinwerte jedoch unverzichtbar. Dies belegen verschiedene Studien. Die im Jahr 2019 veröffentlichte EUROASPIRE V-Studie zeigt aber, dass längst nicht alle Betroffenen cholesterinsenkende Medikamente einnehmen: So liegt in Deutschland das als besonders schädlich geltende LDL-Cholesterin bei weniger als 30 Prozent der Betroffenen unter dem – zum Zeitpunkt der Studie noch gültigen – Zielwert von 70 mg/dl (3). „Die Risikominimierung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird aktuell nicht von den therapeutischen Möglichkeiten begrenzt, sondern vielmehr davon, dass sie nicht genutzt werden“, stellt der Endokrinologe und Diabetologe fest. Das liege auch daran, dass viele überholte und falsche Informationen über Cholesterin in Umlauf sind. Dies verunsichere die Erkrankten und halte sie von einer Medikamenteneinnahme ab.

Ein hohes HDL-Cholesterin reicht nicht, um das kardiovaskuläre Risiko eines erhöhten LDL-Cholesterins auszugleichen.

Bei der Cholesterinsenkung ist es gleich, durch welchen molekularen Mechanismus das LDL-Cholesterin reduziert wird: „Jede Senkung führt zur Verminderung kardiovaskulärer Erkrankungen“, sagt auch Professor Dr. med. Stephan Petersenn, Mediensprecher der DGE aus Hamburg. Der Umfang der kardiovaskulären Risikoreduktion hängt hierbei sowohl vom Maß der LDL-Cholesterinsenkung als auch davon ab, wie lange sie durchgeführt wird. Dabei gelte: „Je höher das kardiovaskuläre Risiko eines Patienten ist, desto niedriger

sein persönliches LDL-Cholesterinziel“. Und er räumt mit einem Vorurteil auf: „Ein erhöhtes LDL-Cholesterin wird leider nicht durch einen hohen HDL-Cholesterin-Spiegel ausgeglichen, wie viele annehmen.“

Zur zielwertgerechten Senkung des LDL-Cholesterins gibt es verschiedene therapeutische Möglichkeiten, die Ärzte in Form eines Stufenschemas einsetzen. Therapiert werde zunächst mit Statinen; hier sind vor allem die stark wirksamen Statine Atorvastatin und Rosuvastatin sinnvoll. Reichen diese nicht aus oder werden nicht vertragen, ist eine Kombinationstherapie, etwa mit dem Cholesterinresorptionshemmer Ezetimib oder mit Bempedoinsäure möglich. Eine weitere therapeutische Option besteht in den sogenannten PCSK-9 Hemmern (etwa Alirocumab, Evolocumab) oder mit Inclisiran. Letzte Möglichkeit ist die sogenannte Lipidapherese, ein Blutreinigungsverfahren, das bestimmte Fette aus dem Blut filtert.

Tipps: Ernährungsprinzipien zur Senkung des kardiovaskulären Risikos

- Reduktion der Gesamtfettaufnahme
- Ersetzen langkettiger gesättigter durch einfach und mehrfach ungesättigte Fettsäuren
- Bevorzugung von Omega-3-gegenüber Omega-6-Fettsäuren
- Vermeiden von Trans-Fettsäuren
- Reduktion der Cholesterinaufnahme
- WHO-Empfehlung: bei Erwachsenen mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität (aerobe Aktivitäten von moderater bis hoher Intensität) pro Woche, Kinder täglich eine Stunde ([Weitere Informationen](#)).
- Möglichst weniger als sechs Tassen Kaffee pro Tag trinken (Asne Lirhus Svaton et al. Association between espresso coffee and serum total cholesterol: The Tromso Study 2015-2016. BMJ Journals, Open Heart 10 May 2022; 9:e001946. Doi:10.1136/openhrt-2021-001946)

Literatur:

- (1) Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2019; 41: 111–188. doi:10.1093/eurheartj/ehz45
- (2) Anitschkow N. Über Veränderungen der Kaninchenaorta bei experimenteller Cholesteatose. Beitr Pathol Anat 1913; 56: 379–404
- (3) Kornelia Kotseva, Guy De Backer, Dirk De Bacquer, et al. Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology

EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries. Eur J Prev Cardiol, 2021 May 8;28(4):370-379. doi: 10.1177/2047487320908698. Epub 2020 Mar 20.

Interessenkonflikte:

Professor Dr. med. Alexander Mann hat Forschungs- oder Vortragsgelder von Astra Zeneca, Böhlinger, Merck und Novo Nordisk erhalten.

Professor Dr. med. Stephan Petersenn gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter

Pressestelle DDG/DGE

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

Diabetes Typ 1: Abschied vom Kinderdiabetologen bedeutet häufig Abbruch der ärztlichen Betreuung

DDG fordert flächendeckend qualifizierte Versorgungsangebote im Umgang mit modernen AID-Technologien

Berlin, Juni 2022 – Jedes Jahr werden etwa 2000 junge Patientinnen und Patienten mit Typ-1-Diabetes erwachsen. Damit steht auch ihr Wechsel vom kinderdiabetologischen Behandlungsteam in die Erwachsenenmedizin an. Doch zehn bis 40 Prozent der Betroffenen schaffen diesen Übergang in eine geregelte fachärztliche Betreuung, die so genannte Transition, nicht (1, 4). Fehlt ihnen jedoch die ärztliche Empfehlung und Begleitung für eventuell notwendige Therapieanpassungen, kann dies weitreichende gesundheitliche, unter Umständen lebensgefährliche Folgen mit sich bringen. Dazu gehören etwa Stoffwechselentgleisungen – und langfristig vorzeitige Erblindung, Nierenversagen oder Amputationen. Neben den seit vielen Jahren bekannten Problemen bei der Transition kommen nun neue Herausforderungen hinzu. Denn in der Kinderdiabetologie sind moderne sensorgesteuerte Insulinpumpensysteme zur Glukosekontrolle wie die so genannten AID-Systeme (Automatische InsulinDosierung) häufiger im Einsatz als in der Erwachsenenmedizin (2, 4). Eine entsprechende Expertise für Schulung und Begleitung im Umgang mit modernen Diabetestechnologien fehlt jedoch vielerorts in der Erwachsenentherapie. Auf der gemeinsamen Online-Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) am Dienstag, den 28. Juni 2022 zeigten Expertinnen und Experten, wie Transition gelingen kann und wo noch Handlungsbedarf besteht.

Typ-1-Diabetes ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter. In Deutschland sind rund 32.500 Menschen unter 18 Jahren betroffen. Insbesondere bei kleinen Kindern hat sich die Zahl der Erkrankungsfälle in den letzten Jahren verdoppelt. Jedes Jahr erkranken hierzulande mittlerweile mehr als 3.000 Minderjährige an einem Typ-1-Diabetes (1).

Moderne Technologien wie Insulinpumpen und Glukosesensoren sind in der Kinderdiabetologie viel weiter verbreitet als in der Erwachsenenmedizin

„Im Prinzip erhalten Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes die gleiche Therapie wie Erwachsene – nämlich eine Stoffwechselstabilisierung mittels Insulin, die auf Ernährung und körperliche Aktivität abgestimmt ist“, sagt Professor Dr. med. Andreas Neu, Präsident der DDG. Jedoch seien neue Technologien wie Insulinpumpen und Glukosesensoren in der Kinderdiabetologie viel weiter verbreitet als in der Erwachsenenmedizin, berichtet der Kinderdiabetologe. Er ist kommissarischer Ärztlicher Direktor der Abteilung für Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie an der Kinderklinik des Universitätsklinikums Tübingen. Mehr als 90 Prozent der Kinder unter sechs Jahren nutzen die modernen Diabetestechnologien, die auch bei älteren Kindern und Jugendlichen weit verbreitet sind, zur täglichen Stoffwechselkontrolle (2). Im Gegensatz dazu beträgt der Anteil der betroffenen Erwachsenen über 20 Jahre mit einer Insulinpumpentherapie unverändert 20 bis 30 Prozent (3).

Qualifizierte Behandlungseinrichtungen für die Betreuung moderner AID-Technologien fehlen in der Breite

Moderne AID-Systeme regulieren die Glukosemessung und Insulinabgabe teilautomatisch. Dabei ahmen sie die natürliche Funktion der Bauchspeicheldrüse nach. Das ermöglicht, täglich länger im Glukosezielbereich zu sein und das Risiko für Stoffwechselschwankungen zu verringern – insbesondere nachts. Studien zeigen demnach auch einen klaren Vorteil einer Langzeittherapie per AID-Systemen (5). Alle AID-Systeme setzen jedoch voraus, dass die Nutzenden umfassend geschult sind und in ungewöhnlichen oder kritischen Situationen richtig reagieren können. Momentan gibt es noch zu wenig qualifizierte Behandlungseinrichtungen für die Betreuung moderner AID-Technologien: „Für die jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes im Transitionsprozess ist es deshalb schwierig, eine Behandlungseinrichtung in der Nähe zu finden, die mit dem Auslesen von ambulanten Glukoseprofilen und der Anpassung von AID-Systemen vertraut ist“, so Neu.

Mehr Eigenverantwortung bei den neuen Technologien erfordert geschulte Ansprechpartner

Transition ist die geplante Überführung von den kinderzentrierten in die erwachsenenorientierten Versorgungssysteme. Die jungen Patientinnen und Patienten müssen Verantwortung für die Behandlung ihrer Erkrankung übernehmen und sich die dafür notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten aneignen.

„Dieser sensible Prozess ist sehr störanfällig“, weiß Neu. „Hier verlieren wir immer noch zu viele Betroffene: Oft kommen sie erst wieder in eine diabetologische Behandlungseinrichtung, wenn sich diabetesbezogene Folgen eingestellt haben, die vermeidbar gewesen wären.“ Umso wichtiger sei es, dass der Übergang gezielt und individuell vorbereitet werde – und dass entsprechend qualifizierte Erwachsenenereinrichtungen niederschwellig erreichbar sind.

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der DDG, fasst zusammen: „Eine erfolgreiche Transition und ein langes, möglichst gesundes Leben sind unsere Behandlungsziele. Die aktuelle Versorgung ist in der Summe zwar gut, in der Fläche und im Detail jedoch sehr ungleich verteilt. Angesichts des derzeit rasch zunehmenden Einsatzes hochspezialisierter Diabetestechnologien fordern wir die weitere Verbesserung der Transition in die Erwachsenenendokrinologie.“

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) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022. Herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft und DiabetesDE: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2022_final.pdf
- (3) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021. Herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft und DiabetesDE: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/06_Gesundheitspolitik/03_Veroeffentlichungen/05_Gesundheitsbericht/20201107_Gesundheitsbericht2021.pdf
- (4) Datz N et al. Wenn Menschen mit Typ-1-Diabetes erwachsen werden, Dtsch Med Wochenschr 2021; 146: 1200–120. DOI: 10.1055/a-1332-4603
- (5) 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

Weitere Informationen:

[Übersicht aller von der DDG zertifizierten Kliniken und Arztpraxen](#)

[S3-Leitlinie Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin](#)

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter

Pressestelle DDG/DGE

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

Endokrinologie und Diabetologie: Versorgungsengpässe sind vorprogrammiert – jetzt gegensteuern!

DGE und DDG fordern: Stellenwert der Sprechenden Medizin stärken

Berlin, Juni 2022 – Die Patientenversorgung in Endokrinologie und Diabetologie ist in Gefahr: Den steigenden Zahlen von Diabetes, Osteoporose, Schilddrüsenerkrankungen, Adipositas und vielen weiteren Stoffwechselerkrankungen stehen immer weniger Fachärzte gegenüber. Über die Ursachen und was jetzt getan werden muss, um die Versorgungslücken von morgen zu schließen, informierten Experten auf der gemeinsamen Online-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) am Dienstag, den 28. Juni 2022.

Die sich abzeichnenden gravierenden Behandlungsengpässe in Endokrinologie und Diabetologie haben mehrere Ursachen: In Deutschland kann man an 37 staatlichen Universitäten Medizin studieren – doch lediglich an sieben Fakultäten gibt es eine eigenständige Klinik für Endokrinologie und Diabetologie. Auch an den knapp 1 900 Krankenhäusern werden immer mehr dieser Abteilungen geschlossen. „Als Vertreter der Sprechenden Medizin haben sie ein höheres Risiko, Verluste zu machen, und fallen dann eher dem wirtschaftlichen Druck zum Opfer“, sagt Professor Dr. med. univ. Michael Roden, Endokrinologe und Diabetologe. Sind diese Fachgebiete in Lehre und klinischer Versorgung unterrepräsentiert, fehlen nicht nur die Aus- und Weiterbildungsplätze. Sie fallen auch aus dem Radar des ärztlichen Nachwuchses: „Damit entscheiden sich immer weniger für eine Qualifizierung in dieser Fachrichtung.“ Ebenso trägt das zunehmende Alter der Ärzteschaft zur absehbaren Versorgungslücke bei: Soeben warnte der Marburger Bund, dass rund 22 Prozent der aktuell berufstätigen Ärzte in Klinik und Praxis nur noch wenige Jahre arbeiten oder kurz vor der Rente stehen. Damit gehen demnächst auch überproportional viele Endokrinologen und Diabetologen in den Ruhestand.

Die Patientenzahlen nehmen derweil laufend zu. Roden, der Vorstand des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) und Direktor der Universitätsklinik für Endokrinologie und Diabetologie in Düsseldorf, erläutert: „In Deutschland sind derzeit mehr als acht Millionen Menschen an einem Diabetes mellitus erkrankt. Wir

gehen davon aus, dass es bis zum Jahr 2040 zwölf Millionen Menschen sein werden“. Auch Professor Dr. med. Stephan Petersenn, Mediensprecher der DGE aus Hamburg, nennt Zahlen zum Behandlungsbedarf: „In der Endokrinologie versorgen wir allein bei der Osteoporose schon jetzt mehr als sechs Millionen Betroffene.“ Von Schilddrüsenerkrankungen seien etwa ein Viertel aller Deutschen betroffen. Die Coronapandemie habe schon jetzt ein Schlaglicht auf die langfristigen Konsequenzen reduzierter Versorgungskapazitäten geworfen, so Roden: „Wir konnten unsere Patientinnen und Patienten mit schwer behandelbarem Diabetes oder Komplikationen aus Personalmangel nicht in dem Umfang behandeln, wie es nötig gewesen wäre.“ Und er fährt fort: „Wie wird es wohl erst aussehen, wenn die Patientenzahlen weiter steigen?“

Der Wissenschaftsrat hat dazu umfangreiche „Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem“ erstellt (1). Sein „4-Säulen-Modell“ betrifft auch die Endokrinologie und Diabetologie. Demnach müsse unter anderem das Fächerspektrum der Medizin gesichert und weiterentwickelt werden. Dabei sieht der Wissenschaftsrat eine klare Verantwortung bei der Politik. Dem schließen sich die Experten von DDG und DGE an: „Die Bundesländer und der Bund sind gefordert: Jede Medizinische Fakultät braucht einen Lehrstuhl für Endokrinologie und Diabetologie und die Sprechende Medizin muss besser vergütet werden. Nur so können wir eine flächendeckende Versorgung auch morgen sicherstellen. Das sind wir unseren Patienten schuldig“, sagt DDG-Pressesprecher Professor Dr. med. Baptist Gallwitz vom Universitätsklinikum Tübingen. Zudem trage eine gut aufgestellte Hochschulmedizin zum medizinischen Fortschritt bei, ergänzt er.

Literatur:

- (1) Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.pdf>

Kontakt für Rückfragen:

Dr. Adelheid Liebendörfer/Michaela Richter
Pressestelle DDG/DGE
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-173/-516
Fax: 0711 8931-167
liebendoerfer@medizinkommunikation.org



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

richter@medizinkommunikation.org
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
www.endokrinologie.net

STATEMENT

Testosteronmangel bei Adipositas und Diabetes – gibt es Handlungsbedarf?

Professor Dr. med. Stephan Petersenn

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

Typische Symptome eines Hypogonadismus beim Mann sind abnehmende Libido sowie Erektionsstörungen, fehlende Morgenerektionen, Spannungsgefühl im Brustbereich sowie eine Gynäkomastie, abnehmende Sekundärbehaarung und nachlassende Rasurfrequenz, Involution der Hoden, Infertilität, Hitzewallungen und Schweißausbrüche sowie Zeichen einer Osteoporose. Während diese Symptome hilfreich zur Einordnung eines erniedrigten Testosteronspiegels sind, finden sich unspezifische Symptome wie verminderte Energie, abnehmende Leistung und muskuläre Kraft, depressive Neigungen, Abnahme der Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung, vermehrte Müdigkeit und zunehmende Fettmasse auch bei einer Vielzahl von anderen Erkrankungen.

Diagnostik

Beim Mann sollte die Diagnose eines Hypogonadismus nur bei typischen klinischen Symptomen sowie mehrfach erniedrigten Testosteronwerten im Serum gestellt werden. Erschwert wird die biochemische Diagnostik durch die Tatsache eines altersabhängigen Abfalls des Testosteronspiegels von etwa ein bis zwei Prozent pro Jahr. Auch ist die zirkadiane Rhythmik von Testosteron mit maximalen Serumspiegeln in den frühen Morgenstunden und um bis zu 24 Prozent niedrigeren Spiegeln im Tagesverlauf zu berücksichtigen, ein Abfall des Testosterons um bis zu 25 Prozent bei nicht-nüchterner Blutentnahme wie auch der Einfluss akuter Erkrankungen und bestimmter Medikamente wie Opiate und Glukokortikoide. Das freie, physiologisch aktive Testosteron macht nur etwa 0.5 bis drei Prozent des Gesamttestosterons aus, während der überwiegende Anteil des Gesamttestosterons an Albumin und Sexualhormon-bindendes Globulin gebunden ist. Das freie Testosteron kann nach Bestimmung von Gesamttestosteron, Albumin und SHBG mit Annäherungsformeln zum Beispiel nach Vermeulen (Kalkulator unter www.issam.ch) abgeschätzt werden. Die direkte Messung des freien Testosterons mit den derzeit für die Routine verfügbaren Assays ist nicht empfohlen. Erniedrigte SHBG-Spiegel werden bei Adipositas, Diabetes mellitus, nephrotischem Syndrom, Hypothyreose und Akromegalie sowie unter Behandlung mit Glukokortikoide gefunden, erhöhte SHBG-Spiegel im höheren Lebensalter, bei Hepatitis und HIV, bei einer Hyperthyreose sowie unter einer Behandlung mit bestimmten Antiepileptika.

Der Grenzwert, bei dem typische Symptome eines Testosteronmangels auftreten, die sich durch Testosteronsubstitution verbessern lassen, ist bisher nicht sicher etabliert. Er unterscheidet sich auch für die einzelnen klinischen Symptome – für die meisten entspricht er jedoch dem unteren Grenzwert des Normalbereichs junger Männer von etwa 10,4 nmol/l (3 mg/ml). Aktuelle Guidelines schlagen daher die Diagnose eines männlichen Hypogonadismus bei wiederholt unterhalb dieses Grenzwerts erniedrigt gemessenen morgendlichen Testosteronspiegeln vor beziehungsweise bei unterhalb des im eigenen Labor etablierten Referenzbereichs junger Männer. Einzelmessungen sind kritisch zu werten, da 30 Prozent der Männer mit leicht erniedrigten Testosteronwerten bei der Erstbestimmung Normalwerte bei der Wiederholungsmessung zeigte. Testosteron zeigt zudem eine erhebliche Variabilität von Tag zu Tag, sodass mindestens zwei unabhängige Testosteronbestimmungen zur Diagnose eines Hypogonadismus zu fordern sind. Die Messwerte sollten unter Einbezug von Alter und BMI interpretiert werden. Die Bestimmung während einer akuten Erkrankung ist nicht sinnvoll.

Bei Fertilitätsstörungen sollte ergänzend ein Spermiogramm veranlasst werden. Die Analyse muss innerhalb einer Stunde nach Ejakulation erfolgen, nach zuvor mindestens 48-stündiger Abstinenz, mit Wiederholung nach einigen Wochen. Bei nachweislichem Sexualhormonmangel werden ergänzend die Gonadotropine LH und FSH bestimmt, um einen primären (testikulärbedingt) von einem sekundären (hypothalamisch- oder hypophysärbedingt) Hypogonadismus zu differenzieren. Während bei primärem Hypogonadismus erhöhte Gonadotropine gefunden werden, zeigen sich diese bei sekundären Formen erniedrigt oder inadäquat im normalen Bereich. Bei den Differenzialdiagnosen des sekundären Hypogonadismus sind die Hyperprolaktinämie, Neoplasien im Bereich von Hypothalamus und Hypophyse, infiltrative Erkrankungen wie die Hämochromatose, ein Schlafapnoesyndrom und genetische Formen zu berücksichtigen.

Therapie

Beim erwachsenen Mann steht die Substitution mit Testosteron im Vordergrund, Ziel ist eine stabile Normalisierung der Serumspiegel. Mit der Substitution ist eine Zunahme der sexuellen Fantasie und Aktivität wie auch nächtlicher Erektionen zu erwarten. Zudem wird ein vermehrtes Haarwachstum in Androgen-sensitiven Bereichen, eine Zunahme der Muskelkraft bei gleichzeitiger Abnahme der Fettmasse sowie eine Zunahme der Knochendichte beobachtet. Auffällig zudem häufig eine Zunahme an Energie und Lebensqualität, mit positiverer Gemütslage. Demgegenüber stehen potenzielle Nebenwirkungen, insbesondere bei bestimmten Risikokonstellationen. So zeigen Prostata- und Mammakarzinome eine hohe Abhängigkeit von hormonellen Stimuli und stellen somit relative Kontraindikationen für einen Testosteronersatz dar. Vor Beginn einer Testosteronsubstitution ist

daher immer eine urologische Untersuchung einschließlich Sonographie der Prostata sowie PSA-Bestimmung zu fordern. Hierbei ist zu bedenken, dass niedrige PSA-Werte ein okkultes Prostatakarzinom im Zustand niedriger Testosteronspiegel nicht ausschließen. Weitere Kontraindikationen stellen ein Hämatokrit über 50 Prozent, therapieresistente Harnwegsinfekte bei Prostatahyperplasie sowie die therapierefraktäre Herzinsuffizienz dar. Bei Kinderwunsch steht die Fertilitätsbehandlung im Vordergrund; eine Testosteronsubstitution würde hier zu einer Hemmung der Spermatogenese führen.

Besonderheiten bei Adipositas und Diabetes mellitus:

Entsprechend der aktuellen Leitlinie der Endocrine Society stellen Adipositas oder Diabetes mellitus isoliert keinen Grund für ein Screening bezüglich eines Testosteronmangels dar – vielmehr folgt ein Screening auch bei diesen Patienten den allgemeinen Empfehlungen zur Diagnostik eines Hypogonadismus.

Eine ausgeprägte Adipositas kann jedoch zu einem funktionellen Hypogonadismus beitragen, sodass nach spezifischen Symptomen eines Testosteronmangels gefahndet werden sollte. Eine Gewichtsabnahme kann in diesen Fällen zu einer Verbesserung des Testosteronmangels führen – der Patient kann durch entsprechende Aufklärung in seinen diätetischen Bemühungen motiviert werden. Bei Bestimmung des Testosteronspiegels sollten die SHBG-Spiegel zur korrekten Interpretation einbezogen beziehungsweise BMI-abhängige Testosterongrenzwerte berücksichtigt werden. Ähnlich ist bei Evaluation eines Hypogonadismus der Einfluss eines Diabetes mellitus Typ 2 auf die SHBG- und damit Gesamttestosteronspiegel zu berücksichtigen. Bei erniedrigtem Gesamttestosteronspiegel sollte unter Berücksichtigung des SHBG das freie Testosteron berechnet werden. Befindet sich dieses im Normbereich, so ist nicht von einem behandlungsbedürftigen Hypogonadismus auszugehen.

Sowohl bei Adipositas als auch bei Diabetes mellitus Typ 2 besteht das Ziel einer Substitution bei nachweislichem Testosteronmangel in der Verbesserung der spezifischen Symptome und nicht primär in einer Unterstützung der Gewichtsabnahme oder einer besseren glykämischen Kontrolle. Studien zu einer Verbesserung der Insulinresistenz beziehungsweise des HbA1C unter Testosteronsubstitution haben widersprüchliche Ergebnisse erbracht. Eine Metaanalyse von randomisierten Studien zur Testosteronsubstitution bei Diabetes mellitus und Hypogonadismus konnte aber eine Besserung des HbA1C nachweisen.

Referenzen:

1. Petersenn,S, Quabbe,H.J., Schofl,C., Stalla,G.K., von Werder,K., Buchfelder,M.: The rational use of pituitary stimulation tests. Dtsch Arztebl Int. 107,437-443 (2010)
2. Deutschbein,T, Mann,K., Petersenn,S.: Total Testosterone and Calculated Estimates for Free and Bioavailable Testosterone: Influence of Age and Body Mass Index and Establishment of Sex-Specific Reference Ranges. Horm Metab Res. 47,846-854 (2015)
3. Bhasin,S, Brito,J.P., Cunningham,G.R., Hayes,F.J., Hodis,H.N., Matsumoto,A.M., Snyder,P.J., Swerdloff,R.S., Wu,F.C., Yialamas,M.A.: Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 103,1715-1744 (2018)

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, Juni 2022

STATEMENT

Herz-Risikopatientinnen und Patienten müssen Cholesterinspiegel senken: Möglichkeiten zur LDL-Senkung bleiben jedoch oft ungenutzt

Unterversorgung trotz ausreichendem Therapieangebot

Professor Dr. med. W. Alexander Mann

Ärztlicher Leiter ENDOKRINOLOGIKUM Frankfurt am Main, Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen, Rheumatologie, Osteologie und Neurologie
Beiratsmitglied der Sektion Diabetes, Adipositas und Stoffwechsel der DGE

Während einerseits aktuelle Leitlinien die LDL-Zielwerte erneut absenken, werden andererseits in den Medien Diskussionen über die sogenannte „Cholesterinlüge“ teils vehement geführt.

Die kausale Rolle des LDL-Cholesterins (LDL-C) bei der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen ist lange und wissenschaftlich unumstritten nachgewiesen, dies unter anderem durch epidemiologische, genetische und interventionelle Studien. Dies gilt vor allem für Erkrankte mit hohem kardiovaskulärem Risiko im Bereich der Sekundärprävention und auch für spezielle Patientengruppen, beispielsweise mit Diabetes mellitus, ältere Menschen über 75 Jahre und Erkrankte mit niedrigem Ausgangs-LDL-C.

Vor diesem Hintergrund wurde in aktuellen Leitlinien der LDL-C-Zielwert unter 55 mg/dl/<1,4 mmol/l für Patienten mit sehr hohem kardiovaskulärem Risiko abgesenkt. Dieser Wert ergibt sich aus vielfältigen Studien, vor allem durch Endpunktstudien mit den neuen PCSK9-Inhibitoren (FOURIER, ODYSSEY). Diese Studien zeigen zusätzlich, dass es keinen unteren LDL-C-Grenzwert bei der Reduktion des kardiovaskulären Risikos gibt. Auch negative Folgen sehr niedriger LDL-C-Spiegel wurden nicht nachgewiesen. Anders als bei Blutzucker und bei Blutdruck gibt es keine so genannte „J-Kurve“. Unterhalb eines LDL-C von 70 mg/dl/<1,8 mmol/l kann, wie Untersuchungen durch intravaskulären Ultraschall (IVUS) mit Statinen, Ezetimib und PCSK9-Inhibitoren nachweisen, sogar mit einer Regression der Arteriosklerose gerechnet werden.

Für die Therapieentscheidung ist die Beurteilung des kardiovaskulären Risikos entscheidend. Hierzu können Risiko-Scores eingesetzt werden (etwa PROCAM, ESC-SCORE2) und dem errechneten Risiko ein Behandlungszielwert zugeordnet werden. Für Erkrankte mit niedrigem Risiko in der Primärprävention spielt eine Lebensstiländerung, insbesondere durch eine Cholesterin-senkende Diät, durchaus eine Rolle. Eine solche Maßnahme ist zwar Teil der Therapie bei Erkrankten mit hohem Risiko und/oder in der Sekundärprävention, aber für eine Zielwerterreichung nicht ausreichend. Therapiert wird zunächst mit Statinen; hier sind vor allem die stark wirksamen Statine

Atorvastatin und Rosuvastatin sinnvoll. Es wird in Deutschland in der Regel zielwertgerecht auftitriert; bei manchen Patienten können bereits 5 mg Rosuvastatin zu deutlichen LDL-C-Senkungen führen. Sollte der Zielwert unter 40 (80) mg Atorvastatin beziehungsweise 20 (40) mg Rosuvastatin nicht erreicht werden, wird der Cholesterinabsorptionshemmer Ezetimib hinzugegeben. Mit dieser Kombinationstherapie lässt sich das LDL-C um über 60 Prozent reduzieren. Wichtigste Nebenwirkungen der Statintherapie sind Muskelbeschwerden. In einem solchen Fall ist ein Wechsel auf ein anderes, unter Umständen schwächeres Statin, eine Dosisreduktion oder der Einsatz alternativer Präparate wie Bempedoinsäure in Kombination mit Ezetimib oder von Ezetimib alleine sinnvoll.

PCSK9-Inhibitoren werden bei Erkrankten mit schwerer familiärer Hypercholesterinämie und hochpositiver Familienanamnese und insbesondere in der Sekundärprävention eingesetzt. Mit diesen subkutan zu gebenden Antikörpern kann eine zusätzliche LDL-C-Senkung von 50 bis 60 Prozent bei sehr günstigem Nebenwirkungsprofil erreicht werden. Eine weitere therapeutische Option besteht in Inclisiran, einem antisense-Oligonukleotid gegen PCSK9. Ultima ratio ist die Lipidapherese. Mit Spannung erwartet wird ein antisense-Oligonukleotid gegen Lipoprotein (a).

Mit der Indikation der kardiovaskulären Risikoreduktion ist eine Fibrat-Therapie zur Senkung der Triglyzeride mangels guter Endpunktdaten umstritten. Ältere Studien können einen Nutzen von Fibraten insbesondere bei Statintoleranz vermuten lassen. Insofern ist auch bei führender Hypertriglyzeridämie zunächst eine zielwertgerechte der LDL-C-Senkung, gegebenenfalls unter Hinzunahme des non-HDL-Cholesterin-Zielwertes, Methode der Wahl. Eine Ausnahme ist die Triglyzeride-Senkung zur Prävention einer akuten Pankreatitis oberhalb von 800 mg/dl/10 mmol/l. Hier kommt neben der Therapie sekundärer Ursache wie entgleister Diabetes und einer Fibrat-Therapie auch der Einsatz von mittellangen Fettsäuren (MCT-Fett) als Fettersatz zur Anwendung. Lediglich bei genetisch nachgewiesener homozygoter Chylomikronämie ist das antisense-Oligonukleotid Volanesorsen eine Option.

Die meisten Erkrankten sind aktuell noch nicht zielwertgerecht therapiert: die EUROASPIRE V-Studie, bei der Erkrankte nach kardiovaskulären Ereignissen untersucht werden, zeigt, dass in Deutschland das LDL-C bei weniger als 30 Prozent der Betroffenen unter dem damaligen Zielwert von 70 mg/dl liegt – ganz zu schweigen von dem aktuellen Zielwert von < 55 mg/dl.

Die unsachliche Diskussion über die Bedeutung des Cholesterins ist in dieser Hinsicht der notwendigen Akzeptanz einer Therapie nicht förderlich. Aktuell sind nicht die therapeutischen

Möglichkeiten begrenzend in der kardiovaskulären Risikoreduktion, sondern die Umsetzung im Alltag.

- **Die cholesterinsenkende Therapie ist ein zentraler Baustein in der Risikoreduktion kardiovaskulärer Ereignisse.**
- **Die Art der Therapie berücksichtigt das kardiovaskuläre Risiko: Bei hohem oder sehr hohem Risiko in der Sekundärprävention ist eine pharmakologische Therapie zur Erreichung der Zielwerte unverzichtbar.**
- **Zur zielwertgerechten Therapie des LDL-Cholesterins (LDL-C) gibt es verschiedene therapeutische Optionen, die in Form eines Stufenschemas eingesetzt werden.**
- **Bei niedrigem Risiko in der Primärprävention sollte die Entscheidung über eine Pharmakotherapie individuell getroffen werden.**
- **Die Zielwerterreichung ist verbesserungswürdig: Die Mehrheit der Patienten erreicht die Zielwerte nicht.**
- **Die unsachliche Diskussion über die sogenannten Cholesterinlüge schadet der Akzeptanz einer notwendigen und effektiven Therapie.**

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Frankfurt am Main, Juni 2022

STATEMENT

Transition und kontinuierliche Versorgung in der Diabetologie:

Plötzlich 18 Jahre – wie geht es weiter?

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

Jedes Jahr erkranken in Deutschland mehr als 3 000 Kinder und Jugendliche an einem Typ-1-Diabetes. 32 500 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre sind betroffen. Die Zahl der Erkrankungsfälle insbesondere bei kleinen Kindern hat sich in den letzten Jahren verdoppelt. Ein weiterer Anstieg der Neuerkrankungen ist zu erwarten [1].

Üblicherweise liegt der Schwerpunkt der pädiatrischen Betreuung vor dem 18. Lebensjahr, der Schwerpunkt der internistischen Betreuung jenseits des 21. Lebensjahres. Dazwischen findet sich eine flexible Zeit des Übergangs.

Während der Pubertät und Adoleszenz sind Heranwachsende mit zahlreichen Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben konfrontiert: Ablösung von den Eltern, Identitätsfindung, Aufbau eigener Wertvorstellungen und Entwicklung von Zukunftsperspektiven. Junge Menschen mit Diabetes mellitus haben zusätzlich die krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen im Alltag zu bewältigen. Auch junge Erwachsene mit Diabetes sind in vielen Lebensbereichen oft erstmals von einem Wechsel der Lebensumstände betroffen: Auszug aus dem Elternhaus, ein Ortswechsel, der Beginn einer Berufsausbildung oder eines Studiums, ein neuer Freundeskreis oder eine neue Partnerschaft. Das kontinuierliche Selbstmanagement des Diabetes kann in dieser vulnerablen Phase durch die Vielzahl der Anforderungen erheblich leiden. Die Tatsache, dass gerade in dieser Lebensphase ein Betreuerwechsel erfolgt, also der Wechsel vom pädiatrischen Diabetologen in die Erwachsenenmedizin, führt nicht selten zu einer Unterbrechung der kontinuierlichen Diabetesbetreuung und zu einer deutlichen Verschlechterung der Diabeteskontrolle. Nach Ende der pädiatrisch-diabetologischen Betreuung wird die weitere Versorgung oft lückenhaft: Zehn Prozent nehmen keine weitere diabetologische Versorgung in Anspruch, die Rate der Arztbesuche nach Transfer nimmt signifikant ab, Arztwechsel sind häufig [2].

Weil wir wissen, dass der Zeitpunkt der Transition im Diabetesbereich eine kritische Phase bezüglich der kontinuierlichen Versorgung darstellt, gilt es, die Heranwachsenden frühzeitig darauf

vorzubereiten. Eine intensive Schulung im Umgang mit Diabetes, alltagsbezogene Themen (Alkoholkonsum, Führerschein, Reisen, Sport) stehen im Fokus der Vorbereitung einer Transition. Der Zeitpunkt für den Übergang sollte flexibel wählbar sein und nicht abhängig gemacht werden von zulassungsrechtlichen oder abrechnungstechnischen Vorgaben. Die Kontaktaufnahme zu fachlichen und persönlich geeigneten Ansprechpartnern in der Erwachsenenmedizin sollte in Absprache mit den Heranwachsenden dazu beitragen, Informationsverluste zu vermeiden und Unterbrechungen der Behandlung zu begrenzen. Chronische Erkrankungen erfordern chronische Betreuung – oder etwas plakativer ausgedrückt: Chronisch Erkrankte brauchen einen chronisch verfügbaren Arzt.

Dies ist eindrucksvoll dargelegt für den Diabetesbereich, gilt aber auch für andere chronische Erkrankungen.

Die Suche nach geeigneten Ärzten gestaltet sich mitunter nicht einfach. Große und gut ausgestattete Zentren gibt es durchaus. Viele Patientinnen und Patienten neigen jedoch dazu, eine wohnortnahe, individuelle Betreuung zu favorisieren. Deshalb ist es wichtig, dass diabetologische Einrichtungen nicht nur in Ballungsräumen konzentriert verfügbar, sondern flächendeckend für die Betroffenen erreichbar sind. Diabetologische Schwerpunktpraxen, Ambulanzen an universitären Häusern oder akademischen Lehrkrankenhäusern, Medizinische Versorgungszentren (MVZs) gehören zu diesen Versorgungsstrukturen. Die aktuelle Versorgung ist in der Summe zwar gut, in der Fläche jedoch sehr ungleich verteilt und durch mangelnden Nachwuchs gefährdet. Deshalb hat es sich unsere Fachgesellschaft zur Aufgabe gemacht, die bestehenden Strukturen zu sichern, auszubauen und eine intensive Nachwuchsförderung zu gewährleisten.

Quellenangabe:

[1] Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022. Herausgegeben von der Deutschen Diabetes Gesellschaft und DiabetesDE

[2] Gallwitz B, Neu A: Diabetes mellitus an der Schnittstelle von Pädiatrie und Erwachsenenmedizin. Der Internist 11, 2018

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Tübingen, Juni 2022

STATEMENT

Unterschätzte Gefahr für die Patientenversorgung in Endokrinologie und Diabetologie: zu wenig Lehrstühle. Was laut Wissenschaftsrat jetzt getan werden muss

Professor Dr. med. univ. Michael Roden

Vorstand Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Direktor der Universitätsklinik für Endokrinologie und Diabetologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Die Einschätzung der Universitätsmedizin von Politik und Öffentlichkeit ist sehr variabel und reicht von „Leuchtturm der deutschen Spitzenmedizin“ bis zu „klinische Behandlungseinheit an einer medizinischen Fakultät“. Dies erklärt in kurzen Worten die unzureichende Unterstützung der Entwicklung der Universitätsmedizin in Deutschland. Die Herausforderungen sind bedingt durch funktionale Unbestimmtheit, Zielkonflikte, Sektorentrennung der Versorgung und die Einengung auf eine „ausführende Medizin“. Dies führt zu einer den Aufgaben nicht entsprechenden Finanzierung und in der Folge zur prekären wirtschaftlichen Situation der Universitätsmedizin. Dieser wirtschaftliche Druck gefährdet aktuell vor allem die so genannten „kleinen Fächer“ und die „sprechende Medizin“. Der Wissenschaftsrat (WR) hat zu diesem Thema umfangreiche „Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem“ (Drs. 9192-21) erstellt.

Ein besonderes dramatisches Beispiel stellt die Endokrinologie und Diabetologie dar. Während zum Beispiel circa 18 Prozent aller Krankenhauseinweisungen (2015 bis 2017) in Deutschland Fälle mit Diabetes mellitus betreffen, ist die Zahl der stationären Betten für Endokrinologie und Diabetologie in den Fachabteilungen der Inneren Medizin um 45 Prozent gesunken (1991 bis 2017). Mehr noch hat die Zahl der bettenführenden klinischen Lehrstühle in den vergangenen 20 Jahren um 60 Prozent abgenommen (2000 bis 2021), sodass derzeit nur mehr sieben eigenständige Kliniken für Endokrinologie und Diabetologie bestehen. Im selben Zeitraum hat die Zahl der Menschen mit Diabetes aber leider nicht im gleichen Ausmaß abgenommen, sondern im Gegenteil deutlich zugenommen (von circa sechs auf bald zehn Prozent). Nach aktuellen Daten der International Diabetes Foundation (IDF) ist Deutschland führend in Europa nicht nur bezüglich der Häufigkeit des Diabetes im Erwachsenenalter, sondern auch bezüglich Gesamtkosten und Sterblichkeit! Diese Risikosituation betrifft zunehmend ein weiteres Krankheitsbild der Endokrinologie: Übergewicht und Adipositas!

Das Finanzierungssystem favorisiert nur die Behandlung bestimmter Erkrankungen und vor allem Prozeduren. Dies hat zu ökonomischen Fehlanreizen geführt, die die Endokrinologie und Diabetologie

drastisch benachteiligen. Die Gefahren und Folgen für Patientinnen und Patienten und die Endokrinologie und Diabetologie sind:

- Weniger Betten für die umfassende Behandlung dieser komplexen Erkrankungen
- Weniger Zentren der Top-Medizin, nicht nur für häufige Erkrankungen wie Diabetes und Schilddrüsenerkrankungen, sondern vor allem auch für die seltenen endokrinen Erkrankungen
- Weniger Ausbildungsplätze in der Universitätsmedizin und somit weniger Nachwuchs und weniger Fachärzte
- Abnehmende Expertise und in der Folge weniger einschlägige Lehre
- Abnehmende einschlägige Forschungsaktivitäten in der Universitätsmedizin

Die langfristigen Konsequenzen dieser Fehlentwicklungen für die Bevölkerung Deutschlands sind heute noch gar nicht in vollem Umfang abzuschätzen, werden aber bereits dadurch illustriert, dass Menschen mit schwer behandelbarem Diabetes beziehungsweise Komplikationen während der COVID-19-Pandemie nicht in vollem Umfang behandelt werden konnten!

In seine Empfehlungen beschreibt der WR ein „4-Säulen-Modell“ für die Zukunft der Universitätsmedizin, welches auch die Endokrinologie betrifft beziehungsweise neue Chancen eröffnet. Neben Lehre, Forschung und Krankenversorgung im klassischen Sinn, nennt die neue 4. Säule:

- Sicherung und Weiterentwicklung des Fächerspektrums
- Qualitätssicherung und Bereitstellung von Spezialexpertise
- Koordinierung (über)regionaler Versorgung und versorgungsrelevanter Forschung
- Entwicklung und Implementierung von Innovationen in der Versorgung

Diese Empfehlungen befinden sich in einigen Ländern ansatzweise in Umsetzung, eine gezielte Förderung von Fächern, die epidemiologisch hoch relevante Krankheitsbilder betreuen, fehlt aber und ist dringend notwendig!



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.

Vom **24. September bis 1. Oktober 2022** veranstaltet die DGE die **7. 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 am **20. September 2022 eine Pressekonferenz statt**.

Zum siebten 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 2023**. Der Wettbewerb richtet sich an Journalisten und Journalistinnen, die für Zeitungen oder Zeitschriften (Print oder Internet), Hörfunk oder Fernsehen arbeiten. Eingereicht werden können Beiträge, die zwischen dem **1. Februar 2022 und dem 31. Januar 2023** in einem deutschsprachigen Publikumsmedium veröffentlicht werden. Die **Preisvergabe** erfolgt auf dem **66. Deutschen Kongress für Endokrinologie** (5. Juni 2023 bis 7. Juni 2023 in Baden-Baden). **Das Preisgeld beträgt 2.000 Euro.**

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
https://twitter.com/DG_Endo

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

Fakten zu Diabetes

Ein Überblick

Stand März 2022

INHALT

- **Diabetesprävalenz und -inzidenz in Deutschland**
- **Versorgungssituation in Deutschland**
- **Lebenserwartung mit Diabetes**
- **Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes**
- **Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes**
- **Informationen über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Diabetesprävalenz und -inzidenz in Deutschland

- **Inzidenz:** In Deutschland erkranken jährlich mehr als **eine halbe Million** Erwachsene neu an Diabetes.
- **Prävalenz:** Aktuell sind etwa **8,5 Millionen** Menschen betroffen.
- **Dunkelziffer:** mindestens **2 Millionen**
- **Perspektive:** Bei gleichbleibender Entwicklung muss man davon ausgehen, dass hierzulande bis zum Jahr 2040 etwa **12,3 Millionen Menschen** an Diabetes erkrankt sein werden.

Diabetes Typ 2

- Etwa 95 Prozent der Diabetes-patient*innen haben einen Typ-2-Diabetes.

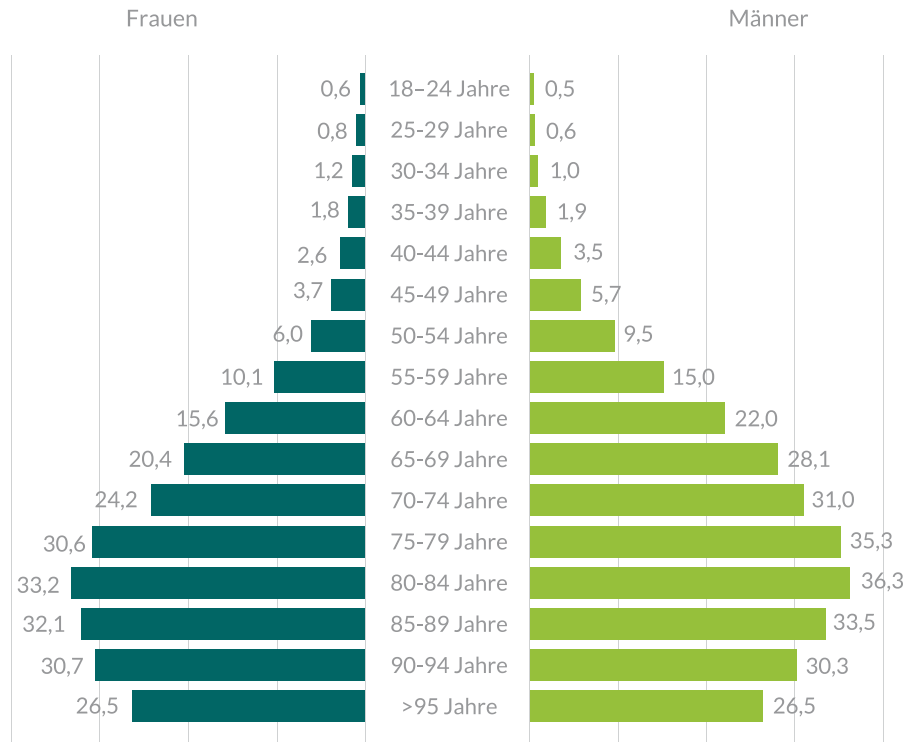
Diabetes Typ 1

- **Erwachsene:** etwa **341 000 Betroffene**
- **Kinder und Jugendliche:** etwa **32 000 Betroffene**. 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.

Gestationsdiabetes

- Jährlich erkranken etwa **45 000 Frauen** an Schwangerschaftsdiabetes, also 5,9 Prozent aller Schwangeren. Sie haben ein siebenfach erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken.

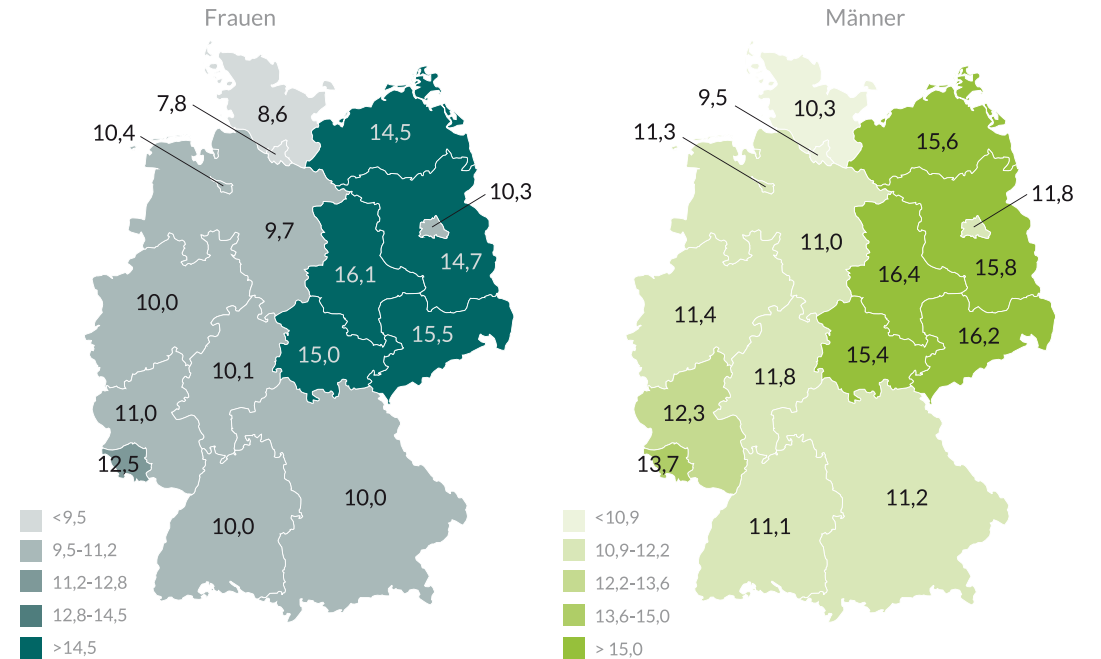
Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland mit der Diagnose Diabetes (in Prozent im Jahr 2013)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

Diabetes-Häufigkeit nach Bundesland bei gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen (in Prozent, nach Geschlecht, 2011)



© diabinfo

Quelle: Robert-Koch-Institut, Diabetes Surveillance 2019

Versorgungssituation in Deutschland

Eine Hausärzt*in betreut rund 100 Patient*innen mit Diabetes, davon zwei bis fünf Menschen mit Typ-1-Diabetes.

Bundesweit gibt es rund 1 100 diabetologische Schwerpunktpraxen.

Bis zur ersten Diagnose leben Betroffene etwa acht Jahre lang mit einem unentdeckten Diabetes.

Behandelnde

4 266 Diabetolog*innen
5 050 Diabetesberater*innen
8 570 Diabetesassistent*innen
3 520 Wundassistent*innen
300 stationäre Einrichtungen mit einer Anerkennung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

Zwischen 40 bis 50 Prozent der Menschen mit Typ-2-Diabetes erhalten blutzuckersenkende Tabletten, mehr als 1,5 Millionen werden mit Insulin behandelt.

An den derzeit 37 staatlichen medizinischen Fakultäten in Deutschland ist das Fach Diabetologie nur noch mit acht bettenführenden Lehrstühlen repräsentiert.

Jeder fünfte Klinikpatient*in hat einen Diabetes – teils unerkannt!

Quellen: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 / Müller-Wieland, D. et al., 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 / Diabetes in the Hospital—A Nationwide Analysis of all Hospitalized Cases in Germany With and Without Diabetes, 2015-2017. Auzanneau M, Fritsche A, Icks A, Siegel E, Kilian R, Karges W, Lanzinger S, Holl RW. Dtsch Arztebl Int. 2021 Jun 18;118(24):407-412.

Lebenserwartung mit Diabetes

Etwa **jeder fünfte Todesfall** in Deutschland (16 Prozent) ist mit einem Typ-2-Diabetes assoziiert – durch Folge- und Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- Menschen mit Diabetes haben ein bis zu **2,6-faches Risiko für einen frühzeitigeren Tod** im Vergleich zu Menschen ohne Diabetes.
- Die **Lebenserwartung** von Diabetespatient*innen ist im Durchschnitt um etwa **vier bis sechs Jahre kürzer** als bei gleichaltrigen Personen ohne Diabeteserkrankung.
- **Männer mit Diabetes** haben im Vergleich zu einem Altersgenossen ohne Diabetes eine um **vier bis sechs Jahre reduzierte Lebenserwartung**.
- **Frauen mit Diabetes** haben im Vergleich zu einer Altersgenossin ohne Diabetes eine um **fünf bis sieben Jahre reduzierte Lebenserwartung**.

Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes

Die **schwersten** Begleiterkrankungen sind:

- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Netzhauterkrankung bis hin zu Erblindung
- diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation
- Nierenschwäche bis hin zur Dialyse

Bis zu 25 Prozent der Menschen mit Schlaganfall sind gleichzeitig von Diabetes betroffen!

Die **häufigsten** Begleiterkrankungen sind:

- Hypertonie
- Fettstoffwechselerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Polyneuropathie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Pankreasstörungen
- Herzerkrankungen
- Adipositas
- Gefäßerkrankungen

Adipositas – ein Risikofaktor für Diabetes Typ 2

Jeder zweite Erwachsene in Deutschland ist übergewichtig, jeder vierte adipös.

Zwischen 2010 und 2016 ist der Anteil der Erwachsenen mit Adipositas in den OECD-Ländern von 21 auf 24 Prozent gestiegen – das entspricht einem **Zuwachs von 50 Millionen**.

2016 verursachte Adipositas direkte Kosten von über **29 Milliarden Euro** für das deutsche Gesundheitssystem.

Deutschland gibt zusammen mit den Niederlanden und den USA am meisten für die Behandlung der Folgen von Adipositas aus.

Die Behandlung von Adipositas ist für den ambulanten Bereich derzeit grundsätzlich nicht erstattungsfähig.

Die Einführung eines Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas würde die Versorgungssituation für Adipositas-Patienten erheblich verbessern und ist ein wichtiger Baustein für die Realisierung der Nationalen Diabetesstrategie.

Betroffene Mädchen
10,8 Prozent der 3-6-jährigen und
16,2 Prozent der 14-17-jährigen

Betroffene Jungen
7,3 Prozent der 3-6-jährigen und
18,5 Prozent der 14-17-jährigen

Circa 12 Prozent der adipösen Jugendlichen haben bereits heute eine Störung der Glukosetoleranz.

Gesundheitspolitische Kosten des Diabetes

*Menschen mit Diabetes
verursachen etwa doppelt
so hohe Kosten wie
vergleichbare Versicherte
ohne Diabetes!*

Die jährlichen Gesamtkosten belaufen sich auf etwa **21 Milliarden Euro** direkte Exzesskosten (inklusive der Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes) = 11 Prozent aller direkten Krankenversicherungsausgaben.

Abrechnungsdaten der GKV

Geschätzte weltweite Kosten für Therapie und Prävention von Diabetes und dessen Folgeerkrankungen: mindestens 635 Milliarden Euro (für die Altersgruppe 20 - 79 Jahre).

IDF - International Diabetes Foundation

Geschätzte Kosten der jährlichen diabetesbezogenen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: rund 110 Millionen Euro.

Deutschland liegt mit ungefähr 37 Milliarden Euro auf dem vierten Platz der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben für Diabetes.

Quellen: 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
Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022

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 Ärzt*innen in Klinik und Praxis, Grundlagenforschende, Psycholog*innen, Apotheker*innen, Diabetesfachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Expert*innen. 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 Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, Diabetesassistent*innen, Diabetespflegefachkräften, Wundassistent*innen und Fachpsycholog*en
- 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 jedes Jahres
- Unterstützung der Nachwuchssicherung in diabetesbezogenen Berufen

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Gesundheitspolitisches Engagement:

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.

Interne Organisation:

In 35 Gremien (Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften) werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärzt*innen 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

Kontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle DDG

Michaela Richter

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-516, Fax: 0711 8931-167

richter@medizinkommunikation.org



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2022/2023

Zum siebten 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 2023. 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 2022 und dem 31. Januar 2023** 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

Preisvergabe

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 **66. Deutschen Kongress für Endokrinologie**.

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:

Katharina Kusserow

Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-703, Fax: 0711 8931-167, E-Mail: kusserow@medizinkommunikation.org
www.endokrinologie.net, www.hormongesteuert.net

DDG Medienpreise 2022

für exzellente Berichterstattung zum Thema „Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Diabetes in der Gesellschaft“

Nicht nur im Kindes- und Jugendalter, sondern auch im Erwachsenenleben fühlen sich Menschen mit chronischen Krankheiten häufig sozial isoliert. Viele von ihnen empfinden ihre Erkrankung als Last – auch weil Menschen mit Diabetes manchmal stigmatisiert werden. Einigen fehlen auch Gleichgesinnte, mit denen sie ihre Gedanken und Erfahrungen teilen können. Wie kann eine gute Inklusion in Schule und Kindergarten von Kindern mit Diabetes gelingen? Und welche Möglichkeiten gibt es, um einer Isolation von Menschen mit Diabetes in der Gesellschaft vorzubeugen? Wie kann eine gute Integration am Arbeitsplatz und im Privatleben klappen? Wie ist es in Zeiten der Coronapandemie um die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Diabetes bestellt? Diese Fragen stehen im Fokus der Medienpreisausschreibung 2022 der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG). Das diesjährige Thema lautet „Inklusion und Teilhabe: Welche Wege bei Menschen mit Diabetes aus der möglichen Isolation führen“.

Ob im Kindergarten, in der Schule oder am Arbeitsplatz – eine gelungene Inklusion von Menschen mit Diabetes findet häufig nicht statt. Obwohl sie in der Regel normal leistungsfähig sind, werden schon Kinder beispielsweise oft von Einrichtungen zurückgewiesen oder können nicht an Gemeinschaftserlebnissen teilnehmen. Lehrerinnen und Lehrer sowie Erziehungsfachkräfte sind häufig mit der systemischen Eingliederung der Kinder mit Diabetes überfordert – etwa wenn es darum geht, sie bei der Insulintherapie oder bei der Blutzuckerkontrolle zu unterstützen. Die Coronapandemie – und die damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen insbesondere für Risikogruppen wie Menschen mit Diabetes – hat das Isolationsgefühl von einigen Betroffenen noch verstärkt. Auch am Arbeitsplatz fühlen sich viele Menschen mit Diabetes allein gelassen: Viele halten ihre Erkrankung nach der Diagnose aus Furcht vor einer Isolation zunächst geheim und machen sich Sorgen, wie sie ihren Arbeitsalltag bewältigen können. Das Thema Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Diabetes ist sehr vielschichtig – deshalb rückt die DDG es 2022 in den Fokus ihrer Medienpreisausschreibung.

Die DDG schreibt 2022 zum neunten Mal ihre Medienpreise aus. Es werden drei Preise in den neu geschaffenen Kategorien „Hören“, „Sehen“ und „Lesen“ vergeben. Die neuen Kategorien tragen der zunehmenden digitalen Berichterstattung aus Sicht der DDG Medienpreisjury besser Rechnung. In der Kategorie „Hören“ können, neben klassischen Hörfunkbeiträgen, auch Podcast-Beiträge eingereicht werden. Die Kategorie „Sehen“ impliziert neben klassischen Fernsehbeiträgen auch andere Video-Formate, wie etwa YouTube-Videos. Unter die Kategorie „Lesen“ fallen klassische Zeitungsartikel ebenso wie gedruckte Beiträge in Zeitschriften und Online-Artikel wie Blogs. Jeder der drei Preise ist mit jeweils 2.000 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 1. August 2021 und dem 31. Juli 2022 im deutschsprachigen 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 2022 an die Pressestelle der DDG.

Informationen zu den Kategorien:

Hören (Hörfunk und andere Audio-Formate wie Podcasts)

Sehen (Fernsehen und andere visuelle Formate wie Youtube-Videos)

Lesen (Printbeiträge aus Zeitschriften und Zeitungen, Online-Artikel, Blogs)

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 aus hochkarätigen Journalistinnen und 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 18. bis zum 19.11.2022 in Hannover 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 gegebenenfalls 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, Podcasts und Blogs etc.,
veröffentlicht im Zeitraum 01.08.2021 bis 31.07.2022

Dotierung: Insgesamt 6.000,-Euro

Einsendeschluss: 31.07.2022

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