

**Pressekonferenz,
Freitag, 23. 11. 2012, Erlangen**

Dr. med. Holger Blessing,
Oberarzt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Diabetologe DDG
Klinik für Kinder und Jugendliche
Universität Erlangen -Nürnberg
Loschgestr. 15, 91052 Erlangen
Tagungsleitung der JA-PED 2012
Email: holger.blessing@uk-erlangen.de
Tel. 09131 - 85 33118

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach gut einjähriger Organisations- und Planungsphase beginnt heute diese dreitägige JA-PED Tagung in Erlangen. Sie wird ausgerichtet von den Fachgesellschaften „Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie“ (DGKED) e.V. und der „Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie“ (AGPD) e.V., daher der Name JA-PED (Jahrestagung der Pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie). Die AGPD beschäftigt sich vorrangig mit der konkreten Verbesserung der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus. Die DGKED ist eher auf die Grundlagenforschung in Diagnostik, Klinik und

Therapie von hormonellen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ausgerichtet. Da der Diabetes mellitus in einer Störung der Ausschüttung oder Wirkung des Hormons Insulin begründet ist, besitzen beide Fachgesellschaften hier eine große gemeinsame Schnittmenge. Aus diesem Grund wird diese Tagung seit 2005 gemeinschaftlich veranstaltet.

Prof. Dr. med. Helmuth-Günther Dörr organisierte als Leiter der Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie an der Erlanger Klinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg das wissenschaftliche Programm im Namen der DGKED. Im Auftrag der AGPD wurde das wissenschaftliche Programm gemeinsam zusammengestellt von Dr. Horst Seithe von der Nürnberger Kinder- und Jugendklinik und mir.

Bei der letzten Tagung an der Charité in Berlin 2011 waren über 500 Teilnehmer gemeldet. Aufgrund der bisherigen Anmeldungen rechnen wir auch dieses Jahr mit einem derartigen Zuspruch aus dem deutschsprachigen Raum. Zahlreiche namhafte nationale und internationale Referenten werden sowohl für Ärzte als auch für Assistenzkräfte interessante State-Of-the-Art-Vorträge halten oder Arbeitsgruppen, Kurse, Symposien und Seminare leiten.

Die Themenschwerpunkte sind in diesem Jahr: Insulinallergie und Immunmodulation, seltene Störungen der Steroidbiosynthese der Nebenniere, Versorgungsstrukturen in der

pädiatrischen Diabetologie, die Historie der Vitamin D-Prophylaxe, Insulin als anaboles Hormon, fetale Programmierung, Essstörungen bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Fertilität nach onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und Diabeteschulungen.

Nachdem ich Ihnen die Grundzüge der diesjährigen gemeinsamen Tagung vorgestellt habe, möchte ich im Folgenden auf diabetologische Aspekte fokussieren. Diabetes mellitus Typ 1 wird vor allem bei kleinen Kindern immer häufiger. Diese Ausprägung des Diabetes mellitus, bei der durch eine Fehlsteuerung der Immunabwehr die körpereigene Produktion des lebenswichtigen Hormons Insulin in bestimmten Inselzellen der Bauchspeicheldrüse (β -Zellen) zerstört wird, hat sich bei Kindern unter 15 Jahren seit 1990 verdoppelt. Wissenschaftler gehen davon aus, dass sich die Zahl in dieser Patientengruppe bis 2020 erneut verdoppeln wird. (Bitte entnehmen Sie die aktuellen Zahlen dazu dem beiliegenden Informationen von Professor Dr. med. Andreas Neu, dem Sprecher der AGPD.)

Ohne Insulin kann in vielen Körperzellen (v. a. Leber, Muskel, Fettgewebe) der Blutzucker (Glukose) nicht in die Zelle aufgenommen werden, was unbehandelt in lebensbedrohlichen und tödlichen Zuständen enden würde.

Diese realistische Bedrohung bedeutet für die Betreuung der Patienten und ihrer Familien ganz besondere Herausforderungen. Da der Insulinbedarf für einen möglichst

normalen Blutglukose-Spiegel stark abhängig ist von der Zufuhr von Zucker über die Nahrung, von der Zusammensetzung der Nahrung, von körperlicher Aktivität, Tageszeit, Stress oder Gesundheitszustand (Infekte, Fieber), muss beim Patienten mit Diabetes mellitus 1 die Menge des benötigten Insulins ständig neu bewertet und angepasst werden.

Je jünger ein Patient mit Diabetes mellitus ist, desto weniger kann er bei der Therapie seiner Erkrankung mithelfen und desto mehr rücken die betreuenden Personen in den Mittelpunkt unserer therapeutischen Bemühungen. Dazu gehört auch das regelmäßige Messen des aktuellen Blutzuckerspiegels und die Berechnung und Verabreichung des lebenswichtigen Insulins durch die Eltern, Großeltern oder Erzieherinnen im Kindergarten. Was dies für den Alltag eines Kindergartenkindes bedeutet, können Sie im Anschluss der Pressekonferenz von einem Vater erfahren, bei dessen dreijährigen Sohn im März 2012 ein Diabetes mellitus Typ 1 diagnostiziert wurde und bei dem die Insulintherapie über eine Insulinpumpe gesteuert wird.

Insulin kann in der ambulanten Therapie weiterhin nur subkutan verabreicht werden, also unter die Haut ins Fettgewebe, wo es dann mehr oder weniger langsam resorbiert wird. Viele verschiedene Insulinpräparate mit unterschiedlicher Wirkdauer stehen zur Verfügung, um die Therapie möglichst gut an die Lebensgewohnheiten des

Patienten anzupassen. Dennoch sind je nach verwendetem Insulin mindestens 4 Insulindosen pro Tag nötig. Häufiges „Pieksen“ in den Bauch oder die Oberschenkel sind daher mit der herkömmlichen Therapie mit Spritze oder Insulin-Pen unumgänglich. Gerade bei kleinen Kindern besteht hier eine hohe Gefahr für Traumatisierungen und ein gestörtes Verhältnis zur Nahrungsaufnahme oder gar zu den engsten Bezugspersonen.

Bei kleinen Kindern gilt daher die Therapie mit einer Insulinpumpe (Continuous Subcutaneous Insuline Infusion, CSII) in Fachkreisen heutzutage als Standard. Hierbei gibt eine kleine Pumpe das Insulin über einen 2 Tage liegenden Katheter ins Unterhautfettgewebe ab. Das ständige „Pieksen“ entfällt. Wegen des verwendeten besonders kurzwirksamen Insulins ist zudem ein flexibler Tagesablauf bei den kleinen Patienten möglich, sodass auch kleine Naschereien kein großes Problem darstellen.

Aufgrund der steigenden Anzahl von Diabetes-Neuerkrankungen gerade von Kleinkindern ergeben sich besonders bei Diabetesschulungen deutliche Änderungen der Anforderungen. In einem zweieinhalbstündigen Block am Sonntag, den 25.11.2012 werden neueste wissenschaftliche Daten zu Diabetesschulungen erörtert und diskutiert.

Wir möchten Sie auch über neue Methoden zur Messung der Blutglukose informieren. Bisher wird der Blutglukose-Spiegel mittels geeigneter Blutzuckermessgeräte mit Teststreifen bestimmt, auf die eine winzige Menge Blut aufgetropft wird. Bei dem sog. CGM (Continuous Glucose Monitoring) wird über einen speziellen Katheter, dessen Ende unter der Haut platziert wird, der Zuckerspiegel im Fettgewebe bestimmt. Dieser hinkt zeitlich dem Blutzucker etwas hinterher und die Messwerte können heute noch nicht verlässlich genug zur Therapieführung herangezogen werden.

Diese neue Messmethode ist zudem noch sehr teuer. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen übernommen. Die Arbeitsgruppe „AG Glukosemonitoring“ der AGPD wird sich heute um 13.00 Uhr mit dieser Thematik und den neuesten Entwicklungen bei der CGM befassen. Das Ziel der Forscher und der Industrie bleibt es, über die Messwerte einer kontinuierlichen Glukosemessung die Insulinabgabe einer Insulinpumpe zu steuern. Erste Ergebnisse sind erfolversprechend. Mit diesem sog. „closed-loop“ könnte dann in einigen Jahren die Therapieführung des Insulin-abhängigen Diabetes mellitus entscheidend vereinfacht werden.

Interessante Entwicklungen zum Nutzen unserer Patienten zeichnen sich am Horizont ab. Große Hoffnungen begleiten heute schon die absehbare Umsetzung in die tägliche Praxis. Der Kongress wird dazu unserer Meinung nach in spannenden Diskussionen einen wichtigen Beitrag leisten.