

**Gemeinsame Pressekonferenz**

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

**Termin:** Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

**Anschrift:** Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstr. 55, 10117 Berlin

**Themen und Referenten:**

**Endokrine Disruptoren strenger regulieren: wie Umwelthormone die Gesundheit beeinträchtigen**

Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle

*Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE), Seniorprofessor am (und ehemaliger Direktor des) Institut für Experimentelle Endokrinologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin*

**Kinder und Jugendliche mit Diabetes: Welche Rolle spielt die stationäre Versorgung?**

Professor Dr. med. Andreas Neu

*Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Tübingen*

**Schilddrüsenfunktionsstörung bei Kindern und Jugendlichen: Wann ist die Behandlung mit Schilddrüsenhormonen gerechtfertigt?**

Professor Dr. med. Heiko Krude

*Direktor des Instituts für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin*

**Esstörungen bei Diabetes: wenn die Gedanken ständig ums Essen kreisen**

Diplom-Psychologin Susan Clever

*Medical Psychology Consultancy, Diabetespraxis Blankenese, Hamburg*

**Die Versorgung von morgen: Nachwuchs und Qualifizierung in der Diabetologie und Endokrinologie**

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

*Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Kommissarischer Direktor, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen*

**Moderation:** Dagmar Arnold, Pressestelle DDG und DGE, Berlin

**Kontakt für Rückfragen:**

Stephanie Balz

Pressestelle

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-168

Fax: 0711 8931-167

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

## **PRESSEMITTEILUNG**

### **Gesundheitsgefahren durch hormonaktive Substanzen**

#### **Fachgesellschaften fordern: Vorsorgeprinzip endlich konsequent umsetzen**

**Berlin, 18. Juni 2019 – Sie können im Wasser oder in der Nahrung enthalten sein, in Kosmetika, Kinderspielzeug oder Gebrauchsgegenständen: Hormonaktive Substanzen, verkürzt oft „Umwelthormone“ genannt, können auf verschiedenen Wegen in den Körper gelangen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie hormonelle Vorgänge im menschlichen Körper imitieren oder stören, weshalb sie auch als endokrine Disruptoren bezeichnet werden. Weil endokrine Disruptoren die Entwicklung und Fruchtbarkeit von Tieren – und sehr wahrscheinlich auch die des Menschen – beeinträchtigen können und womöglich auch das Risiko für Erkrankungen wie Krebs oder Adipositas steigern, fordern Experten der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), die betreffenden Substanzen umgehend aus dem Verkehr zu ziehen. Die konkreten Forderungen und Hintergründe zum Thema werden auch auf einer Pressekonferenz zur Sprache kommen, die die DGE gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) heute in Berlin abhält.**

Zu den bekanntesten endokrinen Disruptoren zählen die polychlorierten Biphenyle (PCB), die früher hauptsächlich als Hydraulik- oder Isolieröle verwendet wurden, Weichmacher wie Phthalate und Bisphenol A (BPA), die bei Verbrennungsprozessen entstehenden Dioxine oder das früher großflächig zur Insektenbekämpfung eingesetzte DDT. „Einige dieser Substanzen sind schon seit Jahren verboten, finden sich jedoch noch immer in der Umwelt“, sagt Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle, ehemaliger Direktor des Instituts für Experimentelle Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Präsident der DGE. Polychlorierte Biphenyle etwa werden seit Beginn der 80er-Jahre in vielen Ländern nicht mehr hergestellt, seit 2001 sind sie weltweit verboten. Trotzdem sind sie noch heute auf der ganzen Welt nachweisbar – auch im menschlichen Körper. Mit Luft- und Wasserströmungen sind sie sogar bis in die Polarregionen gelangt.

„Auch viele andere endokrine Disruptoren sind aufgrund ihrer chemischen Struktur sehr stabil und reichern sich in der Umwelt, in der Nahrungskette und letztlich auch im Fettgewebe von Tieren und Menschen an“, sagt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Pressesprecher der DDG. So können auch ursprünglich geringe Konzentrationen zu gesundheitlich relevanten Belastungen führen. „Wir beobachten beispielsweise, dass Jugendliche früher in die Pubertät kommen, und Übergewicht und Diabetes, aber auch Entwicklungsstörungen bei Kindern zunehmen“, erklärt der kommissarische Direktor der Medizinischen Klinik IV am Universitätsklinikum Tübingen. Von Fachleuten werden derzeit mehr als 1 000 Substanzen als endokrine Disruptoren eingestuft. Von insgesamt knapp 100 000 bekannten chemischen Verbindungen ist bisher nur ein kleiner Bruchteil auf mögliche endokrin aktive, schädliche Wirkungen geprüft.

Endokrinologische Fachgesellschaften weltweit, unter ihnen auch die DGE, fordern, die bereits als endokrine Disruptoren bekannten Substanzen konsequent aus dem Verkehr zu ziehen. Zudem müssten neue chemische Substanzen auf ihre Unbedenklichkeit überprüft werden, bevor sie in großem Maßstab produziert und in Umlauf gebracht würden, so die Experten. Insbesondere sei es nicht sinnvoll, bekannte endokrine Disruptoren durch verwandte, aber noch wenig untersuchte Verbindungen zu ersetzen. Auch diese können das Hormonsystem aus der Balance bringen und gefährden ebenfalls die Gesundheit. „Nur wenn Produzenten und Vertreiber nachweisen müssen, dass neue Substanzen nicht als endokrine Disruptoren wirken, können gesundheitliche Risiken verhindert werden“, sagt Biochemiker und Hormonexperte Köhrle.

Um das Problem in den Griff zu bekommen, müsste zunächst die einheitliche Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO für endokrine Disruptoren konsequent angewendet und in den noch unterschiedlichen Prüfverfahren für neue Substanzen EU-weit einheitlich umgesetzt werden. Das sei bislang noch nicht der Fall, kritisiert Köhrle. Weitere Forderungen der Endokrinologen beziehen sich auf die Verbesserung und konsequente Anwendung der Informations-, Kennzeichnungs- und Meldepflicht für endokrine Disruptoren, die Intensivierung und Förderung der Forschung und die Entwicklung von Testmethoden zum schnelleren und sicheren Nachweis der Wirkung von endokrinen Disruptoren.

„Wir müssen erreichen, dass nicht wie bisher erst nach dem Auftreten von Gesundheitsschäden reagiert wird“, sagt Köhrle, „sondern dass das in der EU geltende Vorsorgeprinzip auch auf endokrine Disruptoren konsequent angewendet wird.“

**Kontakt für Rückfragen:**

Stephanie Balz

Pressestelle

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-168

Fax: 0711 8931-167

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

## **PRESSEMITTEILUNG**

### **Schilddrüsenprobleme bei Kindern und Jugendlichen Medikamente in vielen Fällen unnötig**

**Berlin, 18. Juni 2019 – Eine Unterfunktion der Schilddrüse kann die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen immens beeinträchtigen – schließlich ist das kleine Organ ein wichtiger Hormonproduzent. Ein Mangel an Schilddrüsenhormonen kann über eine Blutanalyse jedoch früh erkannt und durch die Gabe des entwicklungsrelevanten Hormons LT4 ausgeglichen werden. Daher ist es auf den ersten Blick erfreulich, dass Kinder und Jugendliche immer häufiger auf auffällige Schilddrüsenwerte hin untersucht werden. Die Tests führen jedoch auch vermehrt dazu, dass Kinder die Hormone fälschlicherweise erhalten – etwa, weil die Funktion ihrer Schilddrüse nur vorübergehend oder nur leicht beeinträchtigt ist. Wie eine solche Übertherapie vermieden werden kann, diskutieren Experten auf der gemeinsamen Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), die heute in Berlin stattfindet.**

Müdigkeit, Antriebslosigkeit oder Übergewicht – es sind sehr unspezifische, auch in anderem Zusammenhang keineswegs seltene Symptome, mit denen sich eine Schilddrüsenunterfunktion bei Kindern und Jugendlichen bemerkbar macht. Ärzte sehen sich daher häufig veranlasst, die Schilddrüsenwerte ihrer jungen Patienten zu überprüfen. „Aus Sorge um die Entwicklung der Kinder sind diese Tests auch gerechtfertigt“, sagt Professor Dr. med. Heiko Krude, Direktor des Instituts für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Denn für Kinder und Jugendliche stellt eine Schilddrüsenunterfunktion eine ernsthafte Gefahr dar: Tritt die Hormonstörung bereits im Kindesalter auf, können sich die geistige und sprachliche Entwicklung sowie das körperliche Wachstum verzögern. Bei einer Erkrankung im Jugendalter entwickeln sich oft Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen.

Als wichtigster Blutwert zur Bestimmung einer Schilddrüsenunterfunktion gilt der sogenannte TSH-Wert. TSH steht für Thyreoidea-stimulierendes Hormon oder Thyreotropin. „Dieses Hormon regt in der Schilddrüse die Bildung von LT4 und LT3 an“, erläutert Professor Matthias M. Weber, Mediensprecher der DGE. Nur wenn die Schilddrüse diese wichtigen Hormone in

ausreichender Menge produziert, werde die TSH-Produktion über einen Rückkopplungsmechanismus gedrosselt. Arbeitet die Schilddrüse jedoch nicht richtig und stellt zu wenig LT4 und LT3 her, versuche der Körper, über eine zunehmende TSH-Produktion gegenzusteuern.

Dennoch weist nicht jeder erhöhte TSH-Wert auf eine echte Schilddrüsenunterfunktion hin. Das TSH wirkt auf die Schilddrüse mit dem Ziel, die Bildung von T4 und T3 zu stimulieren. Häufig liegen die eigentlich krankheitsrelevanten Werte für LT4 und LT3 im Referenzbereich – trotz auffälligem TSH. Eine Hormonbehandlung ist dann unnötig. „Dennoch wird meist allein aufgrund des erhöhten TSH-Wertes eine Therapie mit LT4 eingeleitet“, kritisiert Krude.

Für die jungen Patienten sei dies in mehrfacher Hinsicht schädlich. Zum einen müssten sie die tägliche Einnahme von Tabletten in ihren Tagesablauf einplanen, zum anderen werde das Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen gestört. In einer ohnehin schwierigen Phase der Selbstwahrnehmung empfinden sie sich als krank, obwohl es dafür keinen Grund gebe. Nicht zuletzt bestehe auch das Risiko, durch die Hormongaben eine Schilddrüsenüberfunktion herbeizuführen.

Krude plädiert daher dafür, einen leicht erhöhten TSH-Wert nach drei Monaten, einen deutlich erhöhten Wert nach sechs Wochen erneut zu kontrollieren – zunächst ohne eine Behandlung einzuleiten. Steigen die Werte in dieser Zeit nicht weiter an, empfiehlt der erfahrene Pädiater lediglich eine weitere Kontrolle. „Große Studien zeigen jedoch, dass der TSH-Wert in der Zwischenzeit meist spontan wieder im Referenzbereich liegt“, beruhigt er.

#### **Kontakt für Rückfragen:**

Stephanie Balz  
Pressestelle  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-168  
Fax: 0711 8931-167  
[balz@medizinkommunikation.org](mailto:balz@medizinkommunikation.org)

## **PRESSEMITTEILUNG**

### **Von Ärzten und Verwandten meist übersehen: Esstörungen bei Diabetes können lebensgefährlich sein**

**Berlin, 18. Juni 2019 – Essstörungen treten bei jungen Patientinnen mit Typ-1-Diabetes zwei- bis dreimal häufiger auf als bei gesunden Frauen. Die Betroffenen hoffen, Gewicht zu verlieren, indem sie zeitweise darauf verzichten, sich Insulin zu spritzen. Damit riskieren sie unumkehrbare Schäden an Nerven und Gefäßen und im schlimmsten Fall sogar ihr Leben. Anlässlich der heutigen gemeinsamen Pressekonferenz in Berlin rufen Diabetes- und Hormonexperten dazu auf, die Kombination dieser beiden Erkrankungen stärker in den Fokus zu rücken. Insbesondere Ärzte und Familienangehörige sollen bei jungen Diabetespatientinnen stärker auf Anzeichen möglicher Essstörungen achten.**

Vor allem die Bulimie ist bei jungen Frauen mit Diabetes Typ 1 besonders verbreitet. Die Betroffenen haben Essanfälle, bei denen sie große Mengen an Nahrung förmlich verschlingen. Aus Angst, zuzunehmen, greifen sie zu verschiedenen Strategien: Sie erbrechen das Essen beispielsweise oder nehmen Abführmittel in hohen Dosen ein. Patientinnen mit Typ-1-Diabetes wenden eine weitere Methode an: Sie verzichten auf das Spritzen von Insulin. Ohne das lebenswichtige Hormon kann ihr Körper den Zucker aus der Nahrung nicht aufnehmen, sodass er mit dem Urin ausgeschieden wird. Das sogenannte Insulin-Purging hat jedoch fatale Folgen: Da der Körper von Menschen mit Diabetes keinen Zucker aufnehmen kann, verbleiben zu große Mengen davon im Blut. Das schadet Blutgefäßen, Nerven und Nieren. Im Extremfall kann es zu lebensgefährlichen Übersäuerungen des gesamten Körpers kommen.

„Durch den Diabetes müssen sich Mädchen und junge Frauen täglich mit Inhalt und Menge des Essens auseinandersetzen“, erklärt Susan Clever, Diplom-Psychologin aus Hamburg. „Gerade

in der Pubertät ist die Gefahr groß, dass Maßnahmen, die den Diabetes behandeln sollen, in ein krankhaftes Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper führen.“ Viele Menschen legen auch an Gewicht zu, wenn sie eine Insulintherapie beginnen. Hinzu kommen der tägliche Stress, den

die Erkrankung verursacht, ein geringes Selbstwertgefühl und eventuell beschämende Aussagen von Mitschülern und Freunden – die Patientinnen flüchten sich in ein gestörtes

Essverhalten. Die Expertin aus der Diabetespraxis Blankenese weiß, dass durch Essstörungen auch die Therapie des Diabetes gefährdet ist: Diese Patientinnen essen unregelmäßig und messen ihren Blutzucker seltener.

„Da die Betroffenen aus Scham nicht über ihre Erkrankung sprechen, sind Ärzte und Angehörige gefragt, bei jungen Patientinnen mit Diabetes Typ 1 verstärkt auf Anzeichen von Essstörungen zu achten“, sagt Clever. Schwankendes Körpergewicht und sehr hohe Blutzuckerwerte können ein wichtiger Hinweis sein. Aber auch wenn eine Patientin ihren Blutzucker nur selten misst oder mehrere Messgeräte dafür benutzt, sollten Eltern und Behandler nachforschen.

Wie Essstörungen bei Diabetes behandelt werden können und was zu tun ist, um ihnen vorzubeugen, erklären Experten auf einer gemeinsamen Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie am 18. Juni in Berlin.

**Kontakt für Rückfragen:**

Stephanie Balz  
Pressestelle  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-168  
Fax: 0711 8931-167  
[balz@medizinkommunikation.org](mailto:balz@medizinkommunikation.org)

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Endokrine Disruptoren strenger regulieren: wie Umwelthormone die Gesundheit beeinträchtigen**

Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE), Seniorprofessor am (und ehemaliger Direktor des) Institut für Experimentelle Endokrinologie an der Charité–Universitätsmedizin Berlin

Als endokrine Disruptoren (ED) werden exogene Substanzen und Substanzmischungen aus unserer Umwelt und Nahrung bezeichnet, die selbst hormonartige Wirkung(en) entfalten können oder hormonelle Vorgänge im Menschen und anderen Lebewesen beeinflussen können. Durch die Störung des Hormonsystems können ED schädliche Effekte auf die Gesundheit intakter Lebewesen (einschließlich des Menschen), deren Nachkommenschaft oder (empfindlicher) Subgruppen bewirken (Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002). ED werden auch verkürzt „Umwelthormone“ genannt.

Die bekanntesten ED sind bestimmte synthetische Substanzen und Chemikalien, die in geringen Mengen in Pestiziden oder Pflanzenschutzmitteln, verschiedenen Kunststoffen, Kosmetika und Körperpflegemitteln, Gegenständen des täglichen Gebrauchs, Einrichtungsgegenständen und Kinderspielzeug, aber auch im Wasser und in unserer Nahrung enthalten sein können. Manche dieser Substanzen sind sehr langlebig aufgrund ihrer chemischen Struktur und können sich in der Umwelt oder über die Nahrungskette auch im menschlichen Körper, zum Beispiel im Fettgewebe, anreichern. Auch Medizinprodukte und manche nicht verschreibungspflichtige Medikamente können ED enthalten oder freigeben und auch als ED wirken, wodurch sie unerwünschte Wirkungen auslösen.

Von über 22 000 in der EU vermarkteten Chemikalien sowie natürlich vorkommenden Substanzen werden mehr als 1000 von Fachleuten als ED eingeschätzt und gegenwärtig untersucht. Manche davon wurden schon aus dem Verkehr gezogen, finden sich aber wegen ihrer Langlebigkeit noch immer in unserer Umwelt. Sie werden in relevanten Konzentrationen in vielen Lebewesen nachgewiesen und werden im menschlichen Urin, in der Amnionflüssigkeit schwangerer Frauen oder in der Muttermilch gemessen. Insgesamt sind knapp 100000 Substanzen und Verbindungen bekannt aber nicht geprüft.

Die WHO, die internationalen endokrinologischen Fachgesellschaften einschließlich der DGE sowie viele Wissenschaftler/innen weltweit sehen es als erwiesen an, dass ED nachteilige Wirkungen nicht nur auf aquatische und terrestrische Lebewesen in unserer Umwelt haben, sondern auch die menschliche Gesundheit beeinträchtigen. Hierfür gibt es seit Mitte der 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts zahlreiche wissenschaftliche Belege und Publikationen,

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Beobachtungen, Fallberichte, epidemiologische Untersuchungen und umfangreiche Assoziationsstudien, für die auch sorgfältige Analysen der Belastung und Exposition mit ED oder deren Mischungen erhoben wurden. Weil das hormonelle Regulationssystem in der Evolution der Lebewesen hoch konserviert ist, können aus entsprechenden Laboruntersuchungen an einfachen im Wasser lebenden Tiermodellen und an auf dem Land lebenden Säugetieren klare Ursache-Wirkungs-Beziehungen gezeigt und damit kausale Schlussfolgerungen für die ED-Wirkung am Menschen sowohl während der Entwicklung im Mutterleib als auch nach der Geburt und bei Erwachsenen abgeleitet werden.

Auch aus diesen Gründen fordern weltweit Endokrinologen/innen und ihre wissenschaftlichen Fachgesellschaften, solche Substanzen, für die Wirkungen als ED bekannt sind, umgehend aus dem Verkehr zu ziehen – ebenso, wie es bereits Praxis für krebserzeugende, mutagene oder keimbahnschädigende Substanzen ist. Nur so können weitere schädliche Wirkungen verhindert werden.

Ersatzsubstanzen für bekannte ED müssen erst auf mögliche ED-artige Wirkungen geprüft werden und nicht – wie im Fall von manchen Phthalaten oder Bisphenol A (BPA) bereits geschehen – durch verwandte, wenig untersuchte Substanzen ersetzt werden, die selbst ebenfalls ED-Wirkungen aufweisen und damit die Gesundheit gefährden.

Produzenten und Vertreiber neuer chemischer Substanzen müssen nachweisen, dass diese keine ED-artigen Wirkungen entfalten, bevor diese in großem Maßstab produziert und in Umlauf gebracht werden.

Die nationalen Regierungen und zuständigen Behörden müssen ebenso wie die EU-Kommission dafür sorgen, dass umgehend eine sektorübergreifende einheitliche harmonisierte Definition von ED festgelegt und bei der Prüfung und Zulassung von Nahrungsmitteln, Zusatzstoffen, Verpackungen von Nahrungsmitteln, Kosmetika, Gebrauchsgegenständen des Alltags, Kinderspielzeug, Pflanzenschutzmitteln, Bioziden et cetera EU-weit angewendet wird. Bisher ist dies noch nicht der Fall.

Der nach langen Verzögerungen von der EU-Kommission 2018 angekündigte „Fitness-Test“ für EU-Regulationen muss mit hoher Priorität erfolgen, um sicherzustellen, dass in allen Bereichen nach einheitlichen Kriterien ED bewertet werden und bei Fehlen entsprechender kohärenter Regeln, diese umgehend angepasst werden. Die EU-Strategie zu ED wurde zwar 1999 festgelegt, aber von der Kommission massiv verschleppt, sodass einige Regierungen die Kommission sogar verklagten. Erst 2018 wurden durch die EU-Kommission zwei Richtlinien für

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

die ED-Bewertung von Bioziden und Pflanzenschutzmitteln und durch die europäischen Behörden ECHA und EFSA verabschiedet.

Die EU und nationale Regierungen müssen vordringlich Maßnahmen ergreifen, um die ED-Belastung von Menschen und Umwelt schnellstmöglich zu reduzieren, da für einige diese Substanzen bereits generationsübergreifende schädliche Wirkungen auf die Nachkommenschaft beobachtet wurden. Für derartige ED-Wirkungen wurden zum Beispiel sogenannte epigenetische Mechanismen verantwortlich gemacht.

Die Bevölkerung muss besser über ED, Exposition und vermeidbare Belastungen informiert werden. Dazu bedarf es einer deutlich verbesserten Informations-, Kennzeichnungs- und Meldepflicht und nicht wie zum Beispiel beim Skandal über Fipronil-belastete Eier monatelange Vertuschungsversuche auf nationaler und europäischer Ebene.

Die wissenschaftliche Forschung über ED und vor allem deren Mischungen muss intensiviert und besser gefördert werden, um nicht erst nach Auftreten von gesundheitsschädigenden Effekten Reparationsversuche in Angriff nehmen zu können. In der EU gilt noch immer das Vorsorgeprinzip, das im Fall von ED bisher nicht konsequent angewendet wird.

Es müssen bessere Testmethoden für den schnellen Nachweis von ED-Wirkungen entwickelt und implementiert werden. Umfangreiches Wissen über ED, das bei Herstellern vorhanden ist, aber bisher nicht publiziert wurde, muss der Öffentlichkeit und den regulatorischen Behörden umgehend zur Verfügung gestellt werden.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2019

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Kinder und Jugendliche mit Diabetes: Welche Rolle spielt die stationäre Versorgung?**

Professor Dr. med. Andreas Neu, Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),  
Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Tübingen

Im internationalen Vergleich kommt der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes in Deutschland eine größere Bedeutung zu. Kinder mit Diabetes werden häufiger stationär aufgenommen als Kinder ohne Diabetes. Auch wenn die stationäre Versorgung für alle Beteiligten meist aufwendiger und kostenintensiver ist als eine ausschließlich ambulante Behandlung, ist sie ein wichtiger Bestandteil der Langzeitbetreuung von Heranwachsenden.

Bei Erkrankungsbeginn, also bei **Manifestation eines Diabetes mellitus**, werden Kinder und Jugendliche in Deutschland fast ausschließlich stationär versorgt. Die Liegedauer beträgt bei diesem ersten Aufenthalt etwa zwölf Tage. Dieser Aufenthalt ist von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf des Lebens mit Diabetes. Eine intensive Schulung im Umgang mit Diabetes für Eltern und Kind, die auch praktische Übungen einschließt (Blutzuckermessung, Insulininjektion, Abschätzen der Nahrungs- und Kohlenhydratmenge), ist grundlegend für ein souveränes und erfolgreiches Krankheitsmanagement im Alltag. Eine derart intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung, die auch Nachtphasen miteinschließt (nächtliches Unterzuckermanagement), ist ambulant in der Regel nicht machbar. Ein solcher Aufenthalt dient unter anderem langfristig der Vermeidung von Akutkomplikationen und Folgeerkrankungen.

Die ohnehin schon geringe Zahl von **Aufnahmen bei Akutkomplikationen** war in den letzten Jahren leicht rückläufig. Dies hängt auch mit der zunehmend verbesserten Stoffwechseleinstellung und intensiveren Schulung (bei Manifestation) zusammen. Moderne Insulinstrategien, Insulinpumpenbehandlung und die Möglichkeit einer kontinuierlichen Glukosemessung können außerdem helfen, solche Akutkomplikationen frühzeitig zu erkennen, sodass eine stationäre Aufnahme wegen akuter Komplikationen meist vermieden werden kann.

**Insulinpumpeneinstellungen bei Kindern und Jugendlichen** werden wegen des hohen Schulungsbedarfs und der Notwendigkeit einer umfassenden Anleitung in den meisten Fällen ebenfalls stationär vorgenommen. Die Zunahme der pumpenbehandelten Heranwachsenden in den letzten zehn Jahren macht einen erheblichen Anteil der stationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes aus. Gleichzeitig tragen diese Behandlungsformen aber auch dazu bei, schwere Unterzuckerungen (Hypoglykämien) und gravierende

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen) zu vermeiden, und sind somit prophylaktisch im Hinblick auf spätere Notfallsituationen, die stationär behandelt werden müssten.

Die Möglichkeit einer stationären **Intervention bei drohender Stoffwechselentgleisung** (HbA<sub>1c</sub>-Anstieg über neun Prozent) wird von vielen Einrichtungen angeboten, um während eines stationären Aufenthalts die metabolische Situation zu rekompensieren und gleichzeitig Schulungsmaßnahmen sowie die psychosoziale Betreuung zu intensivieren. Dies ist im stationären Setting wesentlich einfacher, meist wirksamer und somit effektiver, als größere Komplikationen im Rahmen der regulären ambulanten Langzeitbetreuung aufzufangen. Die allermeisten Schwerpunkteinrichtungen verfügen über die Möglichkeit einer ambulanten und stationären Behandlung im selben Haus, was eine sektorenübergreifende Versorgung der Betroffenen ermöglicht. Eine solche stationäre Aufnahme bietet darüber hinaus für kurze Zeit die Möglichkeit einer Entlastung für Patienten und deren Familien und ist somit eine wichtige Zäsur bei Komplikationen oder einer möglichen Überforderung durch die chronische Erkrankung, welche die Kinder und Jugendlichen mit Diabetes in ihrer Lebensqualität und ihrem Alltag einschränkt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2019

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Schilddrüsenfunktionsstörung bei Kindern und Jugendlichen: Wann ist die Behandlung mit Schilddrüsenhormonen gerechtfertigt?**

Professor Dr. med. Heiko Krude, Direktor des Instituts für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Eine normale Schilddrüsenfunktion ist für die normale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen unerlässlich. Dies zeigt sich sehr eindrücklich an der schweren Entwicklungsstörung bei einer unbehandelten angeborenen Hypothyreose und der Wachstumsstörung im Fall der autoimmun bedingten Hypothyreose in der Adoleszenz. Eine Behandlungsindikation mit L-Thyroxin (LT4) ist bei diesen schweren – aber insgesamt seltenen – Funktionsstörungen ohne Frage gegeben.

Nachdem es in den letzten Jahrzehnten gelungen ist, insbesondere für die angeborene schwere Hypothyreose eine frühzeitige Diagnose mittels Neugeborenen-Screening und eine sehr effektive Behandlung mit L-Thyroxin zu etablieren – die eine normale Entwicklung dieser zuvor stark behinderten Kindern ermöglicht –, stehen wir heute vor dem Problem, dass aus einer berechtigten Sorge für eine normale Entwicklung zunehmend Kinder mit L-Thyroxin behandelt werden, die keine Behandlung benötigen. Dies gilt vor allem für Jugendliche, aber teilweise auch für Neugeborene.

Hierbei stellt sich in der kinderärztlichen Praxis häufig die Frage, ob bei einer nur leichten Schilddrüsenfunktionsstörung eine Therapie begonnen werden sollte. Insbesondere gilt dies bei dem häufigen Befund einer „isolierten TSH-Erhöhung“ (auch als latente Hypothyreose oder Hyperthyreotropinämie bezeichnet). Hierbei ist das Schilddrüsen-regulierende Hormon TSH erhöht; die für die normale Entwicklung der Kinder relevanten Schilddrüsenhormonwerte T3 und T4 sind aber im Normalbereich.

Diese Konstellation wird heute sehr oft gefunden, da aufgrund der unspezifischen Symptome einer Hypothyreose bei sehr vielen Kindern und Jugendlichen zum Ausschluss einer Schilddrüsen-Erkrankung der TSH-Wert bestimmt wird; dies betrifft insbesondere Jugendliche, die im Rahmen der J1- und J2-Untersuchung zum Beispiel angeben, sie seien müde, oder auch alle adipösen Kinder. Da bei drei Prozent aller Gesunden ein erhöhter TSH-Wert gefunden wird (so wird der Labornormalwert definiert), wird infolge der häufigen TSH-Untersuchungen auch mindestens in drei Prozent der Fälle ein erhöhtes TSH gefunden, ohne dass damit eine echte Schilddrüsenfunktionsstörung verbunden ist.

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Die wohl gemeinte Sorge um die normale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und die Gewissheit über den negativen Einfluss einer Hypothyreose sind dann bei den vielen isoliert erhöhten TSH-Werten meist Anlass für einen Behandlungsbeginn mit LT4. Diese Behandlung ist aber in den allermeisten Fällen nicht notwendig, da es sich um normale Varianten der TSH-Normalwerte handelt, die selbst keine Krankheitsrelevanz haben. Hierfür wurden in den letzten Jahren viele Studien durchgeführt und bisher liegen keine Daten vor, die eine Behandlung des isolierten TSH rechtfertigen würden.

Dennoch beobachten wir aufgrund der sehr häufigen TSH-Bestimmung und des damit zwangsläufig verbundenen Nachweises der isoliert erhöhten Werte eine starke Zunahme der LT4-Verschreibung im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Dies hat vielfältige negative Auswirkungen, da erstens die Kinder und Jugendlichen eine tägliche Tabletteneinnahme in ihren Alltag integrieren müssen (der eh nicht leicht zu organisieren ist); es zweitens zu einem gestörten „Gesundheitsbewusstsein“ der Jugendlichen kommt, die denken, sie seien krank, ohne dass es dafür eine Grundlage gibt (und das in einer sensiblen Zeit der Selbstwahrnehmung); drittens werden die Behandelten der Gefahr einer iatrogen verursachten Hyperthyreose ausgesetzt, da Studien zeigen, dass bei 30 Prozent der so behandelten isoliert erhöhten TSH-Werte die L-Thyroxin-Dosis zu hoch gewählt wird, und viertens löst das ganze Vorgehen mit einer dann mehrjährigen Behandlung und den notwendigen Blutwertkontrollen im Gesundheitssystem hohe Kosten aus.

Um dieser Entwicklung entgegenzutreten, sollte sehr darauf geachtet werden, dass nicht jeder isoliert erhöhte TSH-Wert alleine Anlass sein darf, dass eine L-Thyroxin-Behandlung begonnen wird. Vielmehr sollte immer erst eine Laborwertkontrolle erfolgen; zum Beispiel bei leicht erhöhten Werten nach drei Monaten, bei deutlich erhöhten Werten nach sechs Wochen. Hierbei wird sich in den allermeisten Fällen eine spontane Normalisierung der Werte zeigen, wie eine große israelische Studie an über 100 000 Kindern nachweisen konnte. Auch bei den Fällen, in denen der TSH-Wert in der Kontrolle erneut erhöht ist, muss nur in den Fällen mit einer signifikanten Zunahme gegenüber dem Ausgangswert davon ausgegangen werden, dass eine Schilddrüsenunterfunktion vorliegt und eine weitere Diagnostik und dann auch L-Thyroxin-Therapie indiziert ist; die nicht ansteigenden erneut erhöhten TSH-Werte bedürfen dagegen zunächst nur einer weiteren Kontrolle.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2019

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Essstörungen bei Diabetes: wenn die Gedanken ständig ums Essen kreisen**

Diplom-Psychologin Susan Clever, Medical Psychology Consultancy, Diabetespraxis  
Blankenese, Hamburg

Essstörungen bei Frauen mit Typ-1-Diabetes sind in etwa doppelt bis dreifach erhöht gegenüber Populationen ohne Diabetes. Zahlen zur Prävalenz gestörten Essverhaltens bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes schwanken zwischen elf und 16 Prozent bei Jungen und 13 und 38 Prozent bei Mädchen. Besonders adoleszente Mädchen mit Typ-1-Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für gestörtes Essverhalten und gelten somit als Risikogruppe, die eine besondere Aufmerksamkeit verdient. In Untersuchungen mit erwachsenen Frauen berichteten 30 beziehungsweise 34 Prozent Insulindosismanipulationen zwecks Gewichtsregulation. Die Prävalenz der bewussten Insulinreduktion scheint mit steigendem Alter zuzunehmen. Während die Häufigkeit der Anorexia nervosa nicht höher als in der Bevölkerung ohne Diabetes ist, liegt die Prävalenz der Bulimie und des gestörten Essverhaltens bei Menschen mit Typ-1-Diabetes deutlich höher. Diabetesspezifische Diätregimes, diabetesspezifischer negativer Affekt und eine Störung der Hunger-/Sättigungsregulation sind alle mit gestörtem Essverhalten assoziiert.

Die Komorbidität Diabetes und Essstörungen hat für den Betroffenen neben dem psychologischen Leid auch die erhöhte Gefahr von Komplikationen durch die ungünstige Stoffwechsellage. Die Stoffwechselkontrolle von Patienten mit Essstörungen ist in den meisten Studien signifikant schlechter als die bei Patienten ohne Essstörung. Diese zeigen gegenüber nicht essgestörten Patienten eine signifikant geringere Therapieadhärenz, zum Beispiel messen sie weniger oft den Blutzucker. Durch die schlechtere Stoffwechsellage haben Patienten mit Typ-1-Diabetes und gestörtem Essverhalten ein deutlich erhöhtes Risiko für diabetische Mikroangiopathie. Insulin-Purging ist nach Kontrolle von Alter, Body-Mass-Index (BMI) und HbA1C mit einem dreifach erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden. Purgers entwickeln häufiger eine Nephropathie und Fußkomplikationen.

Die Bulimie ist definiert als die andauernde Beschäftigung mit Essen und Heißhungerattacken, bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden. Dem dick machenden Effekt des Essens wird versucht, durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern, zum Beispiel durch selbst induziertes Erbrechen, Laxanzienabusus, restriktive Diät. Es besteht eine krankhafte Furcht davor, zu dick zu werden. In der Vorgeschichte liegt oft eine Anorexie vor. Bei Menschen mit einem insulinpflichtigen Diabetes besteht zusätzlich die Möglichkeit,

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Insulindosen zu reduzieren, um eine Gewichtsabnahme zu bewirken. Der Begriff „Diabulimie“ wird hierfür verwendet: eine Kombination aus Diabetes und Bulimie.

Ein wichtiger prädisponierender Faktor für die Entwicklung einer Essstörung ist eine Selbstwertproblematik. Chronische Erkrankungen werden oft ohne eigenes Verschulden schamhaft verarbeitet. Hinzu kommen manchmal beschämende Aussagen von Peers, doch gerade in der Adoleszenz können Heranwachsende empfindlich auf das Anderssein in jeder Form reagieren. Die Betroffene erlebt sich als auf eine beschämende Art anders und versucht, durch Manipulation der Körperform ein besseres Selbstwertgefühl zu entwickeln. In der Erstmanifestationsphase des Typ-1-Diabetes verlieren die Erkrankten meist sehr viel Gewicht. Stößt diese Gewichtsabnahme auf positive Resonanz in der Umgebung, kann dieses neue Aussehen positiv besetzt werden. Nach Einführung der lebensrettenden Insulintherapie erlebt die Betroffene eine Wiedezunahme des Gewichts, manchmal auch in Form von unangenehmen Ödemen. Diese Veränderung kann Ängste auslösen. Das heimliche Weglassen von Insulin wird zur Gewichtsreduktion eingesetzt, das sogenannte „Purging“. Purging stammt aus dem englischen Sprachraum und bedeutet „Säuberung“. So wie andere Menschen mit einer Bulimie nach Fressanfällen exzessiven Sport machen, erbrechen, Diuretika oder Laxanzien zur Gewichtskontrolle einnehmen, um nicht zuzunehmen, entdeckt der Mensch mit einem insulinpflichtigen Diabetes die Möglichkeit, die Insulindosen zu reduzieren oder ganz wegzulassen. Diese gegenregulatorische Maßnahme, das sogenannte „Insulin-Purging“, bedeutet die bewusste Insulinmanipulation, um mittels Glukosurie eine Gewichtsabnahme zu erreichen. Das Wissen, für den eigenen Körper schädlich zu handeln, und die ständige Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen können das negative Selbstbild verstärken und das Problem aufrechterhalten. Patienten mit Typ-1-Diabetes und einer Essstörung zeigen ein geringes Selbstwertgefühl, Unzufriedenheit mit ihrem Körper und sind eher depressiv.

Die Selbstbehandlung des Diabetes bedeutet immer eine abnorme Beschäftigung mit dem Inhalt und der Menge des eigenen Essens. Dadurch geht die Selbstverständlichkeit für das Essen verloren. Das Essverhalten wird künstlich nach objektiven Gütekriterien beurteilt und nicht nach Lust und Hungergefühl. Das Essverhalten und seine anschließende Auswirkung auf den Blutzucker werden von Health Care Professionals nach „gut“ und „schlecht“ beurteilt. Diese sprachliche Zuordnung kann, ohne dass es immer so gemeint war, eine moralische Atmosphäre erzeugen. Der Diabetiker mit den „guten“ Werten fühlt sich demnach wie ein guter Mensch und der mit den „schlechten“ Werten fühlt sich wie ein schlechter Mensch. Wenn diese Verquickung von Zahlen mit moralischer Güte auf einen Menschen mit einem ohnehin fragilen Selbstwertgefühl trifft, kann sich die Problematik ungewollt verstärken. Das regelmäßige Wiegen von Patienten mit Diabetes kann Ähnliches bewirken.

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Wenn Patienten – besonders adoleszente Mädchen und junge Frauen – eine unzureichende Stoffwechseleinstellung mit erheblichen Blutzucker- und Gewichtsschwankungen aufweisen, sollte an eine Essstörung eventuell auch mit Insulin-Purgings gedacht werden. Häufigere Ketoazidosen und schwere Hypoglykämien in den ersten Jahren nach Erstmanifestation eines Typ-1-Diabetes können auf eine Essstörung hinweisen.

Die Behandlung von Essstörungen ist eine Psychotherapie, wenn immer möglich mit einem Psychotherapeuten (ärztlich oder psychologisch) mit fundierten psychodiabetologischen Kenntnissen. Meistens wird eine stationäre Behandlung – oft zwei bis vier Monate – notwendig sein. Für Patienten mit Anorexie oder Bulimie mit Typ-1-Diabetes liegen positive Ergebnisse vor. Bei der Wahl der Klinik ist es essenziell wichtig, dass diese das multimodale Psychotherapieangebot von Essstörungen um die Möglichkeit des Insulin-Purgings zur Gewichtsmanipulation erweitert hat. Dies setzt ein psychodiabetologisches Verständnis voraus.

Eine zweite Essstörung, die häufig ein Problem in der Stoffwechselsituation darstellt und oft übersehen wird, ist die Binge-Eating-Störung. „Binge“ ist ein englisches Wort und bedeutet etwas exzessiv konsumieren, in diesem Fall ein Fressanfall. Das Essen, das deutlich mehr ist als das, was die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum essen würden, wird in einem abgrenzbaren Zeitraum (zum Beispiel zwei Stunden) eingenommen. Die Betroffenen haben das Gefühl, Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren. Sie essen wesentlich schneller als normal, nehmen größere Mengen zu sich, ohne wirklich hungrig zu sein, und essen oft bis zu einem unangenehmen Völlegefühl. Aus Schamgründen essen sie alleine. Sie empfinden Schuldgefühle, sind deprimiert und ekeln sich vor sich selbst. Zur Definition der Binge-Eating-Störung müssen diese Fressanfälle an mindestens zwei Tagen der Woche für sechs Monate stattfinden.

Im Gegensatz zu den anderen Essstörungen kommt die Binge-Eating-Störung häufig auch bei Männern vor, allerdings seltener als bei Frauen. Die Prävalenz liegt insgesamt bei 20 bis 25 Prozent. Binge-Anfälle sind assoziiert mit erhöhten postprandialen Blutzuckerwerten, die die Patienten aus Schamgründen nicht erklären können.

Diese Patienten haben einen höheren BMI und werden, wenn die Ursache ihres Gewichts nicht sauber diagnostiziert wird, oft in Gewichtsabnahmeprogramme geschickt, die bei ihrem Problem wenig helfen werden. Diese Patienten sind bemüht, abzunehmen, wenden oft unrealistisch strenge Diätvorschriften an. Irgendwann verlieren sie die Kontrolle über ihr Essverhalten und es kommt zu einem Fressanfall. Diese Personen – im Gegensatz zu den Menschen mit Bulimie – versuchen nicht, das Essen durch Erbrechen oder andere Purgingsmethoden loszuwerden, sondern sie behalten das Essen in ihrem Körper, sodass es

allmählich zu einer Gewichtszunahme kommt, der sie dann wieder mit verstärkten, strengen Diätmaßnahmen entgegenzuwirken versuchen. Sie haben ein schlechtes Gewissen und Angst davor, was sie ihrem Körper antun. Da Essen für sie oft die Funktion der Affektkontrolle hat, treten die Binges besonders in Situationen auf, in denen diese Menschen sehr gestresst oder emotional belastet sind.

Da Patienten mit einer Binge-Eating-Störung auch in der Regel adipös sind, werden sie sowohl von der Umwelt als auch verstärkt im medizinischen Setting häufig auf ihr Gewicht und ihre Zuckerwerte angesprochen. Selten fragt man nach der Ursache. Für die Betroffenen sind die Fressanfälle äußerst peinlich. Sie werden ohne einfühlsame Ansprache nicht Thema werden. So werden Patienten, die von einer Psychotherapie profitieren würden, wiederholt in Gewichtsabnahmeprogramme und Ernährungsberatungen geschickt. Dabei wissen sie oft genauso viel wie die Berater. Vonseiten der Behandler wird oft ein merkwürdiges Gefühl berichtet: Man berät leitliniengerecht und bemüht sich um ein individuelles Eingehen auf den Patienten, aber diese profitieren nicht und reagieren im Gespräch ausweichend. Beide Kommunikationspartner fühlen sich meist hilflos. Da Patienten mit einer Binge-Eating-Störung signifikant weniger Gewicht bei Gewichtsabnahmeprogrammen abnehmen, besteht die Gefahr einer Entmutigung beim erneuten Versagen. Ihre subjektive Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Möglichkeiten, ihr Gewicht zu regulieren, kann Schaden nehmen. Eine Studie aus diesem Jahr zeigt, dass Menschen, die negativen Affekt und Diabetesdistress vor dem Essen empfinden, ein erhöhtes Risiko für ein Binge bei der nächsten Mahlzeit haben, sodass auch das Empfinden, den Diabetes nicht im Griff zu haben, den erneuten Anlass für einen Fressanfall darstellen kann.

Die Behandlung der Binge-Eating-Störung ist wie bei der Bulimie mit Insulin-Purging die Psychotherapie, ebenfalls am besten mit einem Therapeuten mit psychodiabetologischen Kenntnissen. Es liegen positive Ergebnisse für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie vor sowohl hinsichtlich der Binge-Symptomatik als auch des Stoffwechsels. Da diese Patienten auch an einer Adipositas leiden, ist ein multimodales Behandlungskonzept sinnvoll, das sowohl die psychische Symptomatik als auch das Gewichtsmanagement adressiert.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2019

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Die Versorgung von morgen: Nachwuchs und Qualifizierung in der Diabetologie und Endokrinologie**

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Kommissarischer Direktor, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen

Nachwuchsgewinnung und -förderung sind zentrale Aufgaben, um die Versorgung von Menschen mit Diabetes und endokrinologischen Erkrankungen auch in Zukunft sicherzustellen. Der Bedarf an gut ausgebildeten Ärzten, Fachkräften in Assistenz- und Pflegeberufen, Psychologen und Wissenschaftlern, die in einer patientenzentrierten Versorgung tätig sind, wird aufgrund der steigenden Anzahl von Betroffenen weiter spürbar zunehmen. Gleichzeitig erreichen in den nächsten Jahren immer mehr der entsprechenden Fachärzte die Altersgrenze, sodass eine massive Versorgungslücke entsteht.

Im Studium beziehungsweise in der ärztlichen Ausbildung sind Diabetologie und Endokrinologie heute nicht ausreichend verankert. Viele Studierende kommen in den Arztberuf, ohne auf die Behandlung von Menschen mit Diabetes oder endokrinologischen Erkrankungen ausreichend vorbereitet zu sein – und das, obwohl die interdisziplinären und interprofessionellen Aspekte dieser Fächer der „sprechenden Medizin“ wichtige ärztliche Handlungskompetenzen vermitteln helfen. Diese Entwicklung hängt nicht zuletzt mit der ständig sinkenden Zahl an klinischen Lehrstühlen für Diabetologie und Endokrinologie an den deutschen Universitäten zusammen – heute gibt es nur noch acht Lehrstühle an den insgesamt 33 Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Studierende, die im Rahmen des Studiums nicht an diese Fächer herangeführt werden, nehmen diese Fächer dann auch nicht wahr und können weniger gut ein Interesse entwickeln.

Hinzu kommt, dass diese vermeintlich „ambulanten“ Fächer zunehmend in den Kliniken nicht mehr vertreten sind, sodass sie auch im Rahmen der Weiterbildung nicht mehr angemessen vermittelt werden können. In der Konsequenz gibt es immer weniger Experten, die Diabetologie und Endokrinologie lehren, und immer weniger junge Ärzte, die sich für eine entsprechende Karriere in diesen Fächern entscheiden.

Um dies zu ändern, haben beide Fachgesellschaften, die DDG und die DGE, Aktivitäten und Programme entwickelt, um Studierenden schon früh die Möglichkeit zu bieten, die Fächer kennenzulernen. Die DDG hat seit einigen Jahren ein Stipendienprogramm aufgelegt, das interessierten Studierenden und jungen Wissenschaftlern die Möglichkeit bietet, die Kongresse der DDG und sogar der Europäischen Diabetes-Gesellschaft EASD zu besuchen. Auf den Kongressen werden die Stipendiaten von Mentoren betreut und es finden Gruppenseminare der

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Stipendiaten statt, die den Austausch fördern. Auch bei der DGE gibt es ein vergleichbares Programm. Für die praktische klinische Ausbildung im Studium der Humanmedizin hat die DDG eine Famulaturbörse gemeinsam mit dem Berufsverband Niedergelassener Diabetologen (BVND) aufgebaut, die sehr gut angenommen wird. Gemeinsam mit dem BVND arbeitet die DDG auch an einer Strategie, wie nach der geplanten Neuordnung des Humanmedizinstudiums und der Neuaufteilung des praktischen Jahres mit vier Quartalen, von denen eines im ambulanten Sektor absolviert werden soll, möglichst viele ambulante Plätze mit dem Schwerpunkt Diabetologie angeboten werden können.

Erstmals wurde dieses Jahr ein bundesweiter „Nachwuchstag“ der DDG an der Universität Aachen veranstaltet, an dem Studierende der Humanmedizin, Biologie und Medizintechnik teilnehmen konnten. Etwa 70 Teilnehmer hatten eine sehr gute Möglichkeit, zu unterschiedlichen klinischen und wissenschaftlichen Themen sich zu informieren und zu diskutieren. Diese gut gelungene und positiv evaluierte Pilotveranstaltung soll einmal jährlich an unterschiedlichen Universitätsstandorten in Deutschland etabliert werden.

Für die klinische Weiterbildung in der Diabetologie ist es sicher eine wichtige Entwicklung, dass in der neuen ärztlichen Musterweiterbildungsordnung nun eine Zusatzweiterbildung mit entsprechender Qualifikation in Diabetologie möglich ist, die von Internisten, Allgemeinmedizinern und Kinderärzten erworben werden kann. Diese neue Musterweiterbildungsordnung wird derzeit auf Landesärztekammerebene implementiert und soll in allen Landesärztekammern Anfang 2020 eingeführt sein. Die DDG begleitet diesen Prozess in Zusammenarbeit mit ihren Regionalgesellschaften.

Die DDG hat drei wesentliche Forderungen, um die Situation bezüglich des Nachwuchses zu verbessern:

- 1) Diabetologie und Endokrinologie müssen im Studium standardmäßig als Querschnittsfach verankert werden. Die DDG und die DGE setzen sich dafür ein, dass in der Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) und im „Masterplan Medizinstudium 2020“ die beiden verwandten Fächer besser abgebildet werden.
- 2) Bundesländer und Bund müssen dafür sorgen, dass die Zahl der Lehrstühle für Diabetologie und Endokrinologie in der inneren Medizin und Allgemeinmedizin wieder steigt. Die Diabetologie muss als selbstständige Einheit an großen Versorgungskrankenhäusern erhalten bleiben und essenzieller Teil der Weiterbildung sein. Voraussetzung dafür ist, dass die sprechende Medizin im DRG-System angemessen abgebildet wird.

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

- 3) Der medizinische ärztliche Nachwuchs und die Assistenzberufe (zum Beispiel der Diabetesberater) benötigen in der Diabetologie attraktive und definierte Karrierewege. Dazu muss die Qualifikation anerkannt und etabliert sein.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2019

## **Diabetes mellitus – Zahlen und Fakten**

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

### **Zahlen:**

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

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

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

### **Ursachen:**

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

Schätzungsweise 367 000 Menschen haben in Deutschland einen Typ-1-Diabetes, davon etwa 32 000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Jährlich erkranken rund 2200 der Null- bis 14-Jährigen neu an Typ-1-Diabetes. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunkrankheit, die meistens im Kindes- und Jugendalter auftritt: Die Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren dann kein Insulin mehr.

**Begleit- und Folgeerkrankungen:**

Die Folgen von Diabetes mellitus sind vor allem dann schwerwiegend, wenn die Erkrankung über lange Zeit unentdeckt bleibt oder der Blutzucker unzureichend eingestellt ist. Zu den gravierendsten Folgeerkrankungen gehören Schlaganfall, Herzinfarkt, Netzhauterkrankung bis hin zu Erblindung, diabetischem Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation und Niereninsuffizienz.

**Behandlung:**

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

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

## Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit über 9000 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärzte in Klinik und Praxis, Wissenschaftler, Psychologen, Apotheker, Diabetes-Fachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Experten. Ziel aller Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen.

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören:

- die Fort- und Weiterbildung von Diabetologen, Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Diabetes-Pflegefachkräften, Wundassistentinnen und Fachpsychologen
- die Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- die Entwicklung von medizinischen Leitlinien zu Diagnostik und Therapie des Diabetes
- die Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- die Information und der wissenschaftliche Austausch über neueste Erkenntnisse, unter anderem auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres

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

In circa 30 Gremien (Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften) werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärzte die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise dem Patienten zugutekommen lassen.

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

## DDG Medienpreise 2019

für exzellente Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes

Die Diabetologie gehört zur „sprechenden Medizin“ – auch wenn diagnostische Methoden, technisch-digitale Hilfsmittel wie Insulinpumpen, Blutzucker-Tagebuch-Apps oder kontinuierliche Glukose-Überwachungssysteme heutzutage einen wichtigen Teil in der Therapie einnehmen. Es geht um Fragen, Erklären, Zuhören und Austauschen zwischen dem Menschen mit Diabetes, seinen Angehörigen und den Mitgliedern des Diabetesbehandlungsteams. Die Medienpreise der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) legen den **Fokus 2019** auf **Kommunikation und Patientenorientierung**. Was müssen Diabetesexperten mitbringen, um gut zu kommunizieren? Wie wirken sich Sprachkompetenz, Bildungshintergrund, soziales Milieu oder Geschlecht auf die Therapie und den Behandlungserfolg aus? Was können Patienten beitragen, damit Kommunikation mit der Diabetologin/dem Diabetologen und der Diabetesberaterin gelingt?

Die DDG schreibt 2019 zum sechsten Mal Medienpreise aus. Es werden vier Preise in den **Kategorien Print, Hörfunk, Fernsehen und Online** vergeben.

Bei 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 über Diabetes Typ 1 und/oder Diabetes Typ 2 differenziert und verständlich berichten und nach Möglichkeit den Aspekt Kommunikation und Patientenorientierung aufgreifen.

**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)

In das Auswahlverfahren werden Presseveröffentlichungen einbezogen, die **zwischen dem 1. August 2018 und dem 31. Juli 2019** 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 2019** an die Pressestelle der DDG.

**Bitte beachten Sie:**

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) des Bewerbers 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 unter Leitung der DDG. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei gleichwertige und preiswürdige Bewerbungen in einer Kategorie 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 der **Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft 2019** (8. - 9. November 2019) in Leipzig. **Die persönliche Teilnahme der Preisträger ist ausdrücklich erwünscht.** Es wird ein Anteil an anfallenden Reise- und Übernachtungskosten in Höhe von maximal 150 Euro übernommen. 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 DDG und ggf. in anderen Publikationen der Fachgesellschaft.

**Übersicht:**

Zielgruppe:	Journalistinnen und Journalisten
Fachgebiet:	Gesundheit und Medizin
Medium:	Print-, Hörfunk-, Fernseh-, Online-Publikumsmedien, veröffentlicht im Zeitraum 01.08.2018 bis 31.07.2019
Dotierung:	Insgesamt 6.000 Euro
Einsendeschluss:	31.07.2019
Kontakt:	Pressestelle Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Dagmar Arnold Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart Tel.: 0711 8931-380, Fax: 0711 8931-167 arnold@medizinkommunikation.org, www.ddg.info



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](http://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 vier Arbeitsgemeinschaften bearbeiten DGE-Mitglieder einzelne Themen wie etwa Knochenstoffwechsel, Diabetes oder Neuroendokrinologie gesondert. Derzeit hat die DGE über 1700 Mitglieder.

Zum vierten Mal schreibt die DGE 2019/2020 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 16. Februar 2019 und dem 15. Februar 2020** publiziert werden. Weitere Informationen werden in Kürze auf der Webseite der Fachgesellschaft [www.endokrinologie.net](http://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](http://www.hormongesteuert.net)

Vom **14. bis 21. September 2019** veranstaltet die DGE die **4. Deutsche Hormonwoche**. In zahlreichen endokrinologischen Einrichtungen wird es in dieser Woche Informationsveranstaltungen für Patienten und Angehörige geben. Neben den großen Volkskrankheiten wie Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck wird es auch um seltenere Hormonerkrankungen gehen. Nähere Informationen dazu hat die DGE-Geschäftsstelle. Zum **Auftakt der Hormonwoche** veranstaltet die DGE am **Donnerstag, 12. September 2019** in Haus der Bundespressekonferenz **in Berlin eine Pressekonferenz**,

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](mailto:dge@endokrinologie.net)  
[www.endokrinologie.net](http://www.endokrinologie.net)  
[www.hormongesteuert.net](http://www.hormongesteuert.net)

Pressestelle der DGE  
Dagmar Arnold  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-380  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2019/2020

**Zum vierten 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 2020. 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 Journalisten und Journalistinnen 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 16. Februar 2019 und dem 31. Januar 2020** 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, 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

TV-Beiträge mit hohem Datenvolumen bitte als DVD per Post an die DGE-Pressestelle schicken oder digital versenden. Bitte angeben: Name und Adresse des Autors/der Autorin und/oder der Redaktion, Titel und Länge des Beitrags, Sendeformat/Sendereihe, Sendedatum und Zielgruppe (ggf. Link, falls Beitrag im Web abrufbar).

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 **63. Kongress für Endokrinologie** (04. bis 06. März 2020) in **Gießen**. Die persönliche Teilnahme des Preisträgers/der Preisträgerin ist ausdrücklich erwünscht. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

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

### DGE-Pressestelle:

Dagmar Arnold  
Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-380, Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)  
[www.endokrinologie.net](http://www.endokrinologie.net), [www.hormongesteuert.net](http://www.hormongesteuert.net)

## CURRICULUM VITAE

Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle,  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Endokrinologie e. V. (DGE), Seniorprofessor am  
(und ehemaliger Direktor des) Institut für Experimentelle  
Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin



- |           |   |
|-----------|---|
| 1970–1976 | Studium der Biochemie, Diplom, Universität Hannover   |
| 1978      | Research Scholarship, Arrhenius Laboratories, University of Stockholm   |
| 1978–1982 | Promotion und wissenschaftlicher Mitarbeiter (DFG), Universität und Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Klinische Endokrinologie und Department Biochemie   |
| 1982      | Dr. rer. nat. (Biochemie, Mikrobiologie, Endokrinologie), Universität Hannover: „Untersuchungen zur Charakterisierung der enzymatischen Dejodierung von L-Thyroxin und anderen Jodthyroninen“   |
| 1982–1986 | Postdoc und wissenschaftlicher Mitarbeiter (DFG), Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Klinische Endokrinologie  |
| 1986–1988 | DFG-Forschungsstipendium, Visiting Assistant Professor & Visiting Scientist, Department Nuclear Medicine, University of Massachusetts, Medical School, Worcester, MA, USA   |
| 1988–1992 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter & Leiter des Molekular-Endokrinologischen Labors der Abteilung Klinische Endokrinologie im Max-Planck-Institut für Experimentelle Endokrinologie, Hannover<br>Habilitation und Venia Legendi, Experimentelle Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover: „Die Hormonbindung an das Serumtransportprotein Transthyretin und der Stoffwechsel durch das Schlüsselenzym Typ-I-Jodthyronin-5'-Dejodase regulieren die Hormonwirkung“ |
| 1992–2001 | Leiter der Klinischen Forschergruppe der DFG „Zelldifferenzierung und lokale Regulationssysteme“, Medizinische Poliklinik, Universität Würzburg   |
| 1993–2001 | C3-Universitätsprofessur für Biochemie, Universität Würzburg  |
| 1998–2002 | Leiter der selbstständigen Abteilung „Molekulare Innere Medizin“, Universität Würzburg  |
| 12/2001   | Rufannahme Universitätsprofessur für molekulare Endokrinologie, Charité, Humboldt-Universität Berlin  |

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

2002–2016	Direktor des Instituts für Experimentelle Endokrinologie, Charité, Humboldt-Universität Berlin
Seit 2002	Leiter Endokrinologisches Forschungszentrum der Charité EnForCé
Seit 2010	Board of Directors Master Program „Molecular Medicine“, Charité
2011–2016	Wissenschaftlicher Leiter CharitéCentrum 4 für Therapieforschung
2012–2016	Kommissarische Leitung Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie, Charité
Seit 2013	Kooptiertes Mitglied Fachbereich Biologie, Chemie, Pharmazie der Freien Universität Berlin
Seit 2017	Seniorprofessur Molekulare Endokrinologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Experimentelle Endokrinologie, Medizinische Fakultät – Charité

### **Wissenschaftliche Forschungsgebiete**

- Schilddrüsenhormonstoffwechsel und Wirkung; Schilddrüsenkrebs und Retinoid-Redifferenzierungstherapie; Schilddrüsenhormone und Zentralnervensystem (ZNS); Schilddrüsenhormone und Energiestoffwechsel
- Endokrin aktive Substanzen („endocrine disrupters“) mit Fokus auf die Schilddrüsenhormonachse: (Iso-)Flavonoide, Polyphenole
- Rolle der Selenoproteine im endokrinen System; Selen und ZNS; Selen und Krebs (Schilddrüse, Gastrointestinaltrakt)
- Entwicklung und Einführung neuer Testverfahren für Hormone, endokrin relevante Liganden und diagnostische Marker (zum Beispiel Thyronamine, Selenoprotein P, neuroendokrine Peptide)

### **Stipendien und Preise**

1978	Promotionsstipendium der Medizinischen Hochschule Hannover
1983	von Basedow-Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
1986–1988	DFG-Forschungsstipendium
1988	J.P.Healey Endowment Fund Award (University of Massachusetts, Worcester, USA)
1993	Felix-Hoppe-Seyler-Preis (Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin)
1996	Felix-Wankel-Tierschutz-Forschungspreis (Universität München)
1999	Alexander von Humboldt Polish Honorary Research Fellowship, Foundation for Polish Science
2006	Klaus-Schwarz-Medaille, International Association of Bioinorganic Scientists

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

- 2011 Berthold-Medaille, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- 2016 Special Recognition Award, European Society of Endocrinology (ESE)
- 2016 Ehrenmitglied Polish Endocrine Society
- 2017 European Thyroid Journal Lecture (ETA)
- 2018 Peter Laurberg Prize Lecture 2018, Copenhagen (Danish Thyroid Society)
- 2019 Gabriel Bertrand Medal and Prize of the Federation of European Societies  
on Trace Elements and Minerals (FESTEM)

## **CURRICULUM VITAE**

Professor Dr. med. Andreas Neu,  
Vizepräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),  
Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am  
Universitätsklinikum Tübingen



### **Berufliche Tätigkeiten:**

Seit 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

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Seit SS 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 2003–2005, Sprecher 2008–2013)
- 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 2016–2018

## **CURRICULUM VITAE**

Professor Dr. med. Heiko Krude,  
Direktor des Instituts für Experimentelle Pädiatrische  
Endokrinologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin



### **Wissenschaftlicher Werdegang:**

1985–1993	Medizinstudium „Christian-Albrecht Universität“, Freiburg, und „Freie Universität Berlin“, Berlin
1988–1989	Doktorarbeit, Institut für Experimentelle Pathologie, Innsbruck, Österreich; Prof. S. Schwarz
1995–2003	Facharztausbildung Pädiatrie, Kaiserin-Auguste-Viktoria Haus (KAVH), Kinderklinik der Medizinischen Fakultät der FU Berlin (Leitung Prof. H. Helge)
1997–1998	Postdoc-Stipendium DFG: Labor Prof. Di Lauro, Stazione Zoologica, Neapel, Italien
2003	Facharzt, Ärztekammer Berlin
2004	Habilitation „Beschreibung drei neuer endokriner Syndrome“, Medizinfakultät, Charité, Berlin
2008	W2-Professur „Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie“
2009	Zusatzbezeichnung Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
Seit 2010	Leitung „Institut für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie“
2009–2013	Kommissarische Leitung, Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Endokrinologie, Gastroenterologie und Metabolismus der Charité

### **Koordination von Forschungsverbänden:**

- Co-Koordinator (2008–2012) und Koordinator (2012–2016) 2Clinical Research Group/CRG (Klinische Forschergruppe, DFG) KFO 218: „Hormonal regulation of body weight maintenance“

### **Aktuelle Position:**

- Entfristete Professur (W2) Pädiatrische Endokrinologie, Charité, Berlin
- Leitung, Institut für Experimentelle Pädiatrische Endokrinologie, Charité, Berlin
- Leitung „Berlin Center for Rare Diseases“, Charité, Berlin

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

**Preise:**

- |      |  |
|------|--|
| 2017 | „Research Award“ der European Society for Paediatric Endocrinology, ESPE   |
| 2005 | „Bierich-Preis“, German Pediatric Endocrinology Society, Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Endokrinologie (APE)   |
| 2002 | „Ernst-und-Berta-Scharrer-Preis“, Sektion Neuroendokrinologie, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  |
| 1999 | „NEW Investigator Travel Award“ der Endocrine Society, New Orleans, und „Young Investigator Award“ der European Society for Paediatric Endocrinology, ESPE |
| 1991 | „Marius Tausk Preis“, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)   |

## **CURRICULUM VITAE**

Diplom-Psychologin Susan Clever,  
Medical Psychology Consultancy,  
Diabetespraxis Blankenese, Hamburg



### **Qualifikationen:**

- Diplom-Psychologin (Universität Hamburg)
- Fachpsychologin (Deutsche Diabetes Gesellschaft)
- Psychologische Psychotherapeutin
- Psychodiabetologie (Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Rheinland-Pfalz)
- Chartered Clinical Psychologist (British Psychological Society)

### **Beruflicher Werdegang:**

- mehrjährige Erfahrung sowohl ambulant als auch stationär in der Medizinpsychologie (Gynäkologie, Allgemeinmedizin, chronische Erschöpfung, Endokrinologie) in England und Deutschland. Seit 1996 hauptsächlich im Bereich Diabetes
- berufliche Schwerpunkte: Arzt-Patient-Beziehung in der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Therapieadhärenz und Motivation
- seit 2005 private Psychotherapiepraxis in der Diabetespraxis Blankenese, Hamburg
- seit 2000 Medical Psychology Consultancy in Hamburg

### **Frühere Posten in der Deutschen Diabetes Gesellschaft:**

2000–2004	Mitglied Ausschuss Ernährung
1999–2005	Vorstand Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin
2002–2006	Vorstand Hamburger Gesellschaft für Diabetes

### **Publikationen:**

mehrere Publikationen zum Thema Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung, besonders bei Diabetes, Adipositas und diabetischem Fußsyndrom

## **CURRICULUM VITAE**

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz,  
Pressesprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG),  
Kommissarischer Direktor, Medizinische Klinik IV,  
Universitätsklinikum Tübingen



### **Studium:**

Studium der Humanmedizin an den Universitäten Essen, Berlin (Freie Universität), TU München sowie einjähriger Studienaufenthalt in Großbritannien mit einem Stipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes. Approbation 1984.

### **Promotion:**

„Zur Rolle des Phospholipidstoffwechsels bei der Übertragung des Insulinsignals vom Rezeptor in die Zelle“, Betreuer: Prof. Dr. O.-H. Wieland, Forschergruppe Diabetes, Ludwig-Maximilians-Universität München, 1986.

### **Habilitation:**

Für das Fach Innere Medizin mit Habilitationsschrift: „Glucagon-like peptide-1: ein Inkretin mit Potenzial zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ II“ an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 1998.

### **Berufliche Laufbahn:**

- |           |   |
|-----------|---|
| 1984–1985 | Wissenschaftlicher Assistent in der „Forschergruppe Diabetes“ am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing (Leitung Prof. Dr. O.-H. Wieland)  |
| 1985–1988 | Postgraduiertenstipendium des Boehringer Ingelheim Fonds für medizinische Grundlagenforschung an der Medizinischen Klinik der Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie (Leitung Prof. Dr. W. Creutzfeldt) |
| 1988      | „Klinische Arbeitsgruppe für gastrointestinale Endokrinologie“ der Max-Planck-Gesellschaft und der Georg-August-Universität Göttingen (Leitung Dr. J. M. Conlon)  |
| 1988–1991 | Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik der Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie (Leitung Prof. Dr. W. Creutzfeldt)  |

Gemeinsame Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 18. Juni 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

1991–1998	Wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin – I. Medizinische Klinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Leitung Prof. Dr. U. R. Fölsch)
1998–1999	Oberarzt für den Funktionsbereich Diabetes an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin – I. Medizinische Klinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Leitung Prof. Dr. U. R. Fölsch)
1999–2003	Oberarzt an der Medizinischen Klinik I des St. Josef-Hospitals, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum (Leitung Prof. Dr. W. E. Schmidt)
Seit 2003	Leitender Oberarzt und Leiter der Ambulanzen für Endokrinologie und Diabetes an der Medizinischen Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen (Leitung Prof. Dr. H.-U. Häring)
2005	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Seit 2006	Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen

#### **Mitgliedschaften in klinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:**

- American Diabetes Association (ADA)
- European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
- Berufsverband deutscher Diabetologen (BDD)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)

#### **Qualifikationen:**

Facharzt für Innere Medizin (1994), Gastroenterologie (1996), Endokrinologie (2000), Diabetologe DDG (1997), Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM) (2001), Fachkunde Labormedizin (1999).

#### **Forschung:**

Physiologie und Pathophysiologie der Inkretinhormone, Prädiabetes; Diabetesprävention bei Typ-2-Diabetes; Genotyp – Phänotyp Charakterisierung des Typ-2-Diabetes, Therapie von Diabetes und Adipositas.