



Deutsche Diabetes Gesellschaft



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Gemeinsame Pressekonferenz

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

Termin: Donnerstag, 28. Juni 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 4

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

**„Sparzwang, Lehrstuhlschließungen und fehlende Experten:
Was tun Endokrinologen/Diabetologen dagegen?“**

Programm:

Eine herausfordernde Therapie: Wenn Diabetes auf andere Hormonerkrankungen wie Cushing oder Akromegalie trifft

Professor Dr. med. Matthias M. Weber

Leiter der Endokrinologie und Diabetologie der Universitätsmedizin Mainz und Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Medizin geht vor Ökonomie: Was kann der Klinik Codex für die stationäre Diabetologie bewirken?

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen und Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Ernährung und soziale Entscheidungen: Welchen Einfluss hat das Essen auf unser Verhalten?

Professor Dr. med. Sebastian M. Schmid

Stellvertretender Klinikdirektor Medizinische Klinik I, Leiter Endokrinologie, Diabetologie, Internistische Adipositasmedizin, Universität zu Lübeck

Diabetologen von morgen: Überlegungen zu Studium und Ausbildung auf der Basis einer Abfrage bei den Fakultäten

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Universitätsklinikum Tübingen und Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Engagiert und selbstorganisiert: Die DGE-Arbeitsgemeinschaft YARE (Young Active Research in Endocrinology) als Modell für medizinische Nachwuchsförderung

Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle

Institut für Experimentelle Endokrinologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Moderation: Dagmar Arnold, Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE- und DDG-Pressestelle

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

www.endokrinologie.net

www.ddg.info



Deutsche Diabetes Gesellschaft



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Gemeinsame Pressekonferenz

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

Termin: Donnerstag, 28. Juni 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 4

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

*„Sparzwang, Lehrstuhlschließungen und fehlende Experten:
Was tun Endokrinologen/Diabetologen dagegen?“*

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

DGE Factsheet

Ausschreibung Medienpreis der DGE

Zahlen und Fakten zu Diabetes mellitus und der Fachgesellschaft DDG

Ausschreibung Medienpreise der DDG

Lebensläufe der Referenten

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE- und DDG-Pressestelle

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

www.endokrinologie.net

www.ddg.info

PRESSEMITTEILUNG

Dem Nachwuchsmangel in der Diabetologie entgegenwirken

Fehlende Lehrstühle und zu wenig Diabeteswissen im Medizinstudium gefährden langfristig die Patientenversorgung

Berlin, 28. Juni 2018 – Immer mehr Menschen in Deutschland erkranken an Diabetes. Der Bedarf an Diabetesexperten steigt, aber es droht ein Behandlungsengpass. Ein Grund ist, dass es immer weniger klinische Lehrstühle für Diabetologie/Endokrinologie gibt. Zudem sind diabetologische Inhalte im Medizinstudium unterrepräsentiert. Sie reichen nach Ansicht der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) nicht aus, um eine Versorgung von Menschen mit Diabetes auf neuestem wissenschaftlichen Stand zu garantieren. Wie eine erfolgreiche Nachwuchsförderung aussehen könnte und welche Rolle die Politik hier spielen muss, erläuterten Experten auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin.

Immer mehr Menschen in Deutschland erkranken an Diabetes, bald wird die sieben Millionengrenze erreicht sein. Damit steigt der Bedarf an gut ausgebildeten Diabetologen – auch um die gravierenden Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Durchblutungsstörungen oder Erblinden möglichst zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Da immer mehr erfahrene Diabetologen in den nächsten Jahren die Altersgrenze erreichen und in den Ruhestand gehen werden, droht bereits in naher Zukunft eine massive Versorgungslücke. „Wenn wir jetzt nicht umgehend aktiv werden und die Ausbildung von Diabetologen massiv fördern, können bald nicht mehr alle Diabetespatienten angemessen versorgt werden“, sagt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der DDG. Allerdings gibt es strukturelle Hürden, die überwunden werden müssen, um diese Entwicklung zu stoppen. „Die Diabetologie ist im Medizinstudium beziehungsweise in der ärztlichen Ausbildung nicht ausreichend verankert“, kritisiert Gallwitz, der als stellvertretender Direktor an der Medizinischen Klinik IV am Universitätsklinikum Tübingen tätig ist. Zudem sinkt die Zahl klinischer Lehrstühle für Diabetologie und Stoffwechsel an den deutschen Universitäten. Weil „sprechende Medizin“ weniger rentabel ist, wird sie abgewickelt. Das Fach ist nur noch an acht der insgesamt 33 Medizinischen Fakultäten vertreten. „Es ist richtig, dass die angewandte Diabetologie sich weitgehend in den ambulanten Bereich verlagert hat. Aber ohne Experten, die an den Universitätskliniken Diabetologie lehren, wird es auch immer weniger junge Ärzte geben, die sich für eine Karriere in der Diabetologie entscheiden“, so Gallwitz.

Wo Defizite in der Medizinerbildung liegen, zeigt eine aktuell von der DDG und dem Bundesverband Niedergelassener Diabetologen durchgeführten Umfrage unter rund 270 Nachwuchsmedizinern und

Dozenten. Auf die Fragen, ob das Studium gut darauf vorbereitet, Diabetespatienten zu erkennen, antworteten 68 Prozent mit Ja, bei den Lernenden im Praktischen Jahr (PJ) waren es 77 Prozent und bei den Dozenten nur 47 Prozent. Dass sie aber Diabetespatienten auch gut behandeln könnten, davon waren nur etwa die Hälfte der Studenten und der PJ-ler und 42 Prozent der Dozenten überzeugt. Und nicht einmal die Hälfte aller Befragten bezeichnete das Lehrangebot zur Diabetologie als ausreichend. Nach Ansicht von DDG und DGE ist das Wissen zu Diabetes im Studium unterrepräsentiert. „Unser Ziel muss sein, den diabetologischen Nachwuchs bereits früh, etwa in Blockpraktika, Famulaturen und dem Praktischen Jahr für das Fach Diabetologie und die ‚sprechende Medizin‘ insgesamt zu begeistern. Die interdisziplinären und interprofessionellen Aspekte der Diabetologie helfen, wichtige ärztliche Handlungskompetenzen zu vermitteln“, betont Gallwitz.

Beide Fachgesellschaften fordern eine stärkere Verankerung der Diabetologie als Querschnittsfach und setzen sich dafür ein, dass ihre Fächer im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und im „Masterplan Medizinstudium 2020“ besser abgebildet werden.

Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Leiter der Endokrinologie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) sieht auch die Politik in der Pflicht: „Die Bundesländer und der Bund sind gefordert: Die Zahl der Lehrstühle für Diabetologie und Endokrinologie muss wieder steigen.“ Zudem sichere die Hochschulmedizin den medizinischen Fortschritt, ergänzt Weber.

Literatur:

Diabetologie 2025. 10 strategische Handlungsfelder. Hrsg.: Deutsche Diabetes Gesellschaft. 2016.
Die Ergebnisse der Umfrage bei den Fakultäten werden in Kürze in "Diabetologie und Stoffwechsel" publiziert.

Über die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen, Stoffwechsel und den Erkrankungen auf diesem Gebiet. 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.

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit über 9.000 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE- und DDG-Pressestelle
Dagmar Arnold
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-167
E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org
www.endokrinologie.net
www.ddg.info

PRESSEMITTEILUNG

Wenn Cortisol und Wachstumshormone den Blutzuckerspiegel durcheinanderbringen: Seltene Hormonerkrankungen als Ursache für Diabetes in Betracht ziehen

Berlin, 28. Juni 2018 – Für die Diagnose von Diabetes ist ein erhöhter Blutzuckerspiegel ein zentraler Hinweis auf die Stoffwechselstörung. Die Ursachen dafür können auch in einer Überproduktion anderer lebensnotwendiger Hormone liegen. Gegenspieler des Insulins, das für die Senkung des Blutzuckerspiegels verantwortlich ist, können den Zuckerstoffwechsel stark beeinflussen. Welche Rolle das Stresshormon Cortisol und Wachstumshormone in diesem Zusammenhang spielen und welche gut behandelbaren Hormonerkrankungen wie der Morbus Cushing oder die Akromegalie dahinterstehen können, erläuterten Experten auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin.

Wenn der Blutzuckerspiegel erhöht ist, überzählige Pfunde sich vor allem an Bauch, Hüften und Gesäß sammeln, sich das Gesicht „vollmondartig“ rundet, die Muskeln schwach werden und auf der Haut am Bauch Dehnungsstreifen sichtbar werden, dann ist ganz offensichtlich der Stoffwechsel aus der Balance geraten. „Jenseits von Übergewicht, mangelnder Bewegung oder familiärer Veranlagung können die Ursachen dafür hormoneller Art sein“, sagt Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Leiter der Endokrinologie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE). Häufig wird aufgrund der zu hohen Blutzuckerwerte erst einmal „nur“ ein Diabetes diagnostiziert. Eine Hormonuntersuchung kann und sollte dann jedoch Klarheit über mögliche Ursachen bringen: Wird dabei beispielsweise ein Überschuss des Steroidhormons Cortisol festgestellt, kann ein Cushing-Syndrom diagnostiziert werden. Von der seltenen Hormonerkrankung sind in Deutschland etwa 3000 Menschen betroffen. „Ursache für das Zuviel an Cortisol ist meist ein gutartiger hormonproduzierender Knoten in der Hirnanhangdrüse. Diesen kann man heutzutage oft sehr gut operativ entfernen oder medikamentös behandeln“, erklärt Weber. Diabetes und Gewichtsprobleme können also in diesem Fall durch eine Operation geheilt werden.

Cortisol, auch als Stresshormon bekannt, ist ein lebensnotwendiges Hormon. In akuten Belastungssituationen wird es sehr schnell in die Blutbahn ausgeschüttet, regt den Stoffwechsel an, wirkt entzündungshemmend und sorgt dafür, dass im Blut mehr Glukose – also Traubenzucker – als Energielieferant für die Zellen bereitgestellt wird. „Cortisol ist einer der wichtigsten hormonellen Gegenspieler von Insulin und schwächt dessen Wirkung in den Zellen ab. Mit dem Effekt, dass bei Cortisolüberschuss eine Insulinresistenz entstehen kann“, erklärt Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG).

„Etwas anders sehen die Therapieoptionen aus, wenn der Cortisolüberschuss durch die langfristige Einnahme von Medikamenten entstanden ist“, merkt Weber an. Muss ein Patient beispielsweise wegen einer entzündlichen, autoimmunen oder rheumatischen Erkrankung Kortison in hohen Dosen einnehmen – als Salbe, Spray oder in Tablettenform – kann das ebenfalls Auswirkungen auf den Blutzuckerspiegel haben. „Zu den Nebenwirkungen von Kortison gehört eine deutliche Verschlechterung der Blutzucker-Stoffwechsellage. Das kann bis zum Auftreten eines Diabetes führen“, so Weber. Dann müssen Arzt und Patient gemeinsam Nutzen und Risiken abwägen. „Wenn Kortison als Medikament alternativlos ist, muss der Blutzuckeranstieg mit Diabetesmedikament oder Insulin reguliert werden“, so der Diabetologe Gallwitz, der als stellvertretender Direktor an der Medizinischen Klinik IV am Universitätsklinikum Tübingen tätig ist.

Bei den Tumoren in der Hirnanhangdrüse gibt es auch solche, die dazu führen, dass vermehrt Wachstumshormone ausgeschüttet werden. Bei Kindern kommt es zum sogenannten Riesenwuchs, der zu schnellem Wachstum, Gelenkschmerzen, Schwitzen und einer hohen Körpergröße führt. Bei Erwachsenen verändert sich nicht nur das Aussehen mit vergrößerter Nase, prägnanten Wangenknochen, überdimensionierten Händen und Füßen. Die Akromegalie genannte Hormonstörung schädigt auch innere Organe und kann zu Herzerkrankungen und Diabetes führen. Wenn der Tumor früh erkannt wird und noch kleiner als 1 cm Durchmesser hat, sind die Heilungschancen sehr gut; 80 Prozent der Akromegalie-Patienten können dann durch die operative Entfernung des Tumors von ihren Beschwerden geheilt werden.

„Insulin ist das einzige Hormon, das den Blutzuckerspiegel senkt. Für die Diagnose eines Diabetes und eine optimale Behandlung müssen wir immer auch die Gegenspieler im Blick haben, also die Hormone, die für mehr verfügbaren Blutzucker sorgen. Nur so können auch seltene Ursachen gefunden und eine optimale Behandlung des Patienten erreicht werden“, resümiert Weber. Auch wenn das Cushing-Syndrom oder die Akromegalie selten sind, sie sollten als Verursacher veränderter Blutzuckerspiegel in Betracht gezogen werden, sind sich die beiden Diabetesexperten einig.

Auf der gemeinsamen Pressekonferenz der beiden Fachgesellschaften am 28. Juni 2018 in Berlin stehen neben seltenen Hormonerkrankungen und Diabetes auch die Themen Ökonomisierung in der Medizin, Studium und Ausbildung von Diabetologen sowie translationale Forschungsansätze auf der Agenda.

Über die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen, Stoffwechsel und den Erkrankungen auf diesem Gebiet. 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.



Deutsche Diabetes Gesellschaft



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit über 9.000 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE- und DDG-Pressestelle

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

www.endokrinologie.net

www.ddg.info

PRESSEMITTEILUNG

Kohlenhydrate versus Proteine: Nahrungsmix moduliert Botenstoffe im Gehirn Zusammensetzung des Frühstücks beeinflusst das soziale Entscheidungsverhalten

Berlin, 28. Juni 2018 – Die Zusammenstellung von Makronährstoffen bei einer Mahlzeit hat einen Einfluss darauf, wie Menschen sich in sozialen Situationen entscheiden. Forscher eines interdisziplinären Teams in Lübeck untersuchten den Einfluss des Frühstücks in Bezug auf soziales Entscheidungsverhalten. Teilnehmer, die zum Frühstück mehr Kohlenhydrate und weniger Proteine zu sich nahmen, neigten eher dazu, Ungerechtigkeit abzulehnen. Sie reagierten auf „unfaire Angebote“ sensibler als diejenigen, die proteinlastiger frühstückten. Was diese Erkenntnisse über unausgewogenes Frühstück für Essensangebote in Kitas, Schulen und Kantinen bedeuten könnte, diskutierten Experten auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin.

Makronährstoffe, also Kohlenhydrate, Fette und Proteine, sind Bestandteile der Nahrung, aus denen der Körper Energie gewinnt. Jede Mahlzeit variiert in der Zusammensetzung dieser Bausteine. Die Zusammensetzung der Makronährstoffe steuert den Aminosäure-Haushalt und dieser wiederum bestimmt mit, welche Botenstoffe – also Neurotransmitter – im Gehirn zur Verfügung stehen. Das ist seit einigen Jahren bekannt. „Biochemische Prozesse beeinflussen unser Verhalten. Bislang hatten wir jedoch keine Erkenntnisse darüber, in welchem Maß diese nahrungsinduzierten Veränderungen bei den Botenstoffen im Gehirn auftreten und ob sie das Verhalten messbar verändern“, sagt Professor Dr. med. Sebastian M. Schmid, stellvertretender Klinikdirektor Medizinische Klinik 1, Leiter Endokrinologie, Diabetologie, Internistische Adipositasmedizin an der Universität zu Lübeck. Um der Frage, wie die Ernährung soziales Verhalten beeinflusst, auf den Grund zu gehen, bildete sich in Lübeck ein interdisziplinäres Forscherteam, zu dem neben Schmid auch die Psychologin Professor Dr. Soyong Park gehörte. Sozialpsychologische Tests, kombiniert mit medizinischen Analysemethoden, bildeten das Gerüst für zwei aufeinander aufbauende Studien, in denen herausgefunden werden sollte, inwieweit die tägliche Nahrung das soziale Verhalten bestimmt.

Bei beiden Studien stand das Frühstück im Mittelpunkt, da es nüchtern eingenommen wird und Ergebnisse damit nicht durch vorangegangene Mahlzeiten verfälscht werden konnten. An der ersten Studie nahmen 87 Probanden teil. Bei dieser Onlinestudie gaben die Teilnehmer am späten Vormittag an, was sie an diesem Morgen zum Frühstück gegessen hatten. Dann sollten sie in einem Test, dem sogenannten Ultimatum Game (UG), auf ein „unfares Angebot“ eines virtuellen Gegenspielers reagieren. Beim UG, einem Spiel für zwei

Akteure, geht es darum, eine Geldsumme untereinander zu teilen. Dabei macht die eine Person einen Vorschlag, den die andere dann entweder akzeptieren oder ablehnen kann; geschieht letzteres, dann bekommt keiner der beiden etwas. Die Entscheidung hängt vor allem damit zusammen, ob das Angebot als „fair“ oder „unfair“ empfunden wird. „Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass es einen Zusammenhang zwischen der Makronährstoffkomposition des Frühstücks und der Reaktion der Probanden auf unfaire Angebote gab“, so Schmid. Je höher der berichtete Anteil an Kohlenhydraten im zurückliegenden Frühstück war, desto sensibler reagierten die Probanden auf „unfaire Angebote“.

Unter Laborbedingungen, randomisiert und kontrolliert, wurde dann eine zweite Studie mit insgesamt 24 Probanden durchgeführt. Nun ging es darum, auch die biochemische Seite zu erfassen. Die Probanden erhielten an zwei verschiedenen Tagen dabei einmal ein Frühstück mit einem sehr hohen Kohlenhydratanteil von 80 Prozent (Protein zehn Prozent, Fett zehn Prozent) und in der anderen Versuchsanordnung ein Frühstück mit gleichem Kaloriengehalt und einer Makronährstoffzusammensetzung gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung: Kohlenhydrat 50 Prozent, Protein 25 Prozent und Fett 25 Prozent. Drei Stunden nach dem Verzehr des Frühstücks wurden verschiedene neurokognitive Tests durchgeführt, darunter auch das Ultimatum Game. Durch Blutuntersuchungen ermittelten die Forscher dann relevante stoffwechselbedingte und hormonelle Parameter. „Die Laborstudie konnte die Ergebnisse der ersten Studie bestätigen: Abhängig vom Kohlenhydratanteil im Frühstück reagierten Probanden unterschiedlich auf unfaire Angebote. „Nach einem Frühstück mit hohem Kohlenhydratanteil waren die Probanden sehr viel empfindlicher gegenüber unfairen Angeboten als in der Versuchsbedingung mit einer ausgeglichenen Makronährstoffkomposition“, fasst Schmid zusammen.

Keine Rolle scheint der nach dem Essen gemessene Blutzuckerspiegel zu spielen. Einzig das nach dem Essen veränderte Profil der zirkulierenden neutralen Aminosäuren („large neutral amino acids“/lange neutrale Aminosäuren, LNAA) konnte das veränderte Entscheidungsverhalten der Probanden erklären. „Damit konnten wir verlässlich das Gerechtigkeitsverhalten der Probanden in statistischen Modellen vorhersagen“, betont Schmid. Je höher der Kohlenhydratanteil und entsprechend niedriger der Proteinanteil war, umso niedriger waren die Tyrosinspiegel im Blut der Probanden. Die Tyrosinkonzentration im Blut lässt wiederum auf die Konzentration des Neurotransmitters Dopamin im Gehirn schließen.

Für Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), zeigen diese Ergebnisse interdisziplinärer Forschung deutliche Ansätze zur „Anwendung in der Praxis“ und werfen einige ganz alltagspraktische Fragen auf: „Wenn wir ableiten können, dass ein extrem unausgewogenes Verhältnis von Kohlenhydraten zu Proteinen in einer Mahlzeit direkt das Verhalten



Deutsche Diabetes Gesellschaft



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

beeinflusst, dann sollte dem Thema ‚Ausgewogenheit der Nahrungszusammensetzung‘ mehr Gewicht beigemessen werden“. Ob Diäten wie „low carb“, die einen stark reduzierten Kohlenhydratanteil fordern, oder Kantinen- und Schulessen, das noch immer häufig kohlenhydratlastig ist, Mahlzeiten sollten auf den Prüfstand, was weitere Studien in diesem spannenden und interdisziplinären wissenschaftlichen Gebiet unverzichtbar mache, so Weber.

Literatur:

Park, S., Schmid, S. M. Wie unsere Nahrung unser soziales Entscheidungsverhalten beeinflusst, Nutrition-News, Jahrgang 15, Ausgabe 1/18, Seite 7-8.

Strang, S., Hoerber, C., Uhl, O., Koletzko, B., Münte, T. F., Lehnert, H., Dolan, R. J., Schmid, S. M., Park, S.O. Impact of nutrition on social decision making. PNAS June 20, 2017. 114 (25) 6510-6514; Artikel:

<http://www.pnas.org/content/114/25/6510>

Über die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen, Stoffwechsel und den Erkrankungen auf diesem Gebiet. 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.

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit über 9.000 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE- und DDG-Pressestelle

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

www.endokrinologie.net

www.ddg.info

EXPERTENSTATEMENT

Wenn Hormonveränderungen stören?

Cortisol, lebensnotwendiges Stresshormon aus der Nebenniere und wichtiger Gegenspieler des Insulins

Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Leiter der Endokrinologie und Diabetologie der Universitätsmedizin Mainz und Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Nicht immer sind Übergewicht, mangelnde Bewegung sowie eine familiäre Veranlagung die Ursache für einen Diabetes mellitus Typ 2. In seltenen Fällen können auch Hormone (Botenstoffe) wie zum Beispiel das Cortisol zu einem ähnlichen Krankheitsbild mit erhöhten Blutzuckerspiegeln führen. Werden diese seltenen Hormonerkrankungen rechtzeitig erkannt und behandelt, können viele Probleme vermieden werden. So auch bei unserer Patientin Frau S. F.

Patientenbeispiel:

Frau S. F., 45 Jahre, klagte schon längere Zeit über eine ständige Gewichtszunahme, Abgeschlagenheit, Schwäche, depressive Gedanken sowie über unschöne Veränderungen Ihres Aussehens mit zunehmender Gesichtsröte, einem runden Gesicht mit „Pausbacken“ sowie einer „dünnen Haut“ mit Dehnungsstreifen und Neigung zu Blutergüssen. Trotz intensiver Bemühungen mit Diät und verstärkter sportlicher Aktivität war es ihr nicht gelungen, diese Entwicklung aufzuhalten, und ihre Enttäuschung war groß, als nach einiger Zeit auch noch ein Diabetes mellitus diagnostiziert wurde. Umso größer war ihre Überraschung, als ihr nach einer Untersuchung bei einem Hormonspezialisten (Endokrinologen) mitgeteilt wurde, dass ihr Diabetes und das Gewichtsproblem durch eine Operation geheilt werden können. Was war der Hintergrund? Im Rahmen der vom Hausarzt veranlassten Hormonuntersuchung war ein sogenanntes „Cushing-Syndrom“ diagnostiziert worden, welches durch einen gutartigen hormonproduzierenden Knoten in der Hirnanhangdrüse verursacht wurde. Nach einer erfolgreichen Operation dieses Adenoms durch die Nase ist es dann, wie vom Arzt angekündigt, zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Besserung der körperlichen Veränderungen und der Blutzucker-Stoffwechsellage gekommen. Frau F. hat nun auch ohne Medikamente wieder einen normalen Blutzucker und bemerkt eine deutliche Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit. Am größten war jedoch ihre Erleichterung, dass die Ursache für die stetige Gewichtszunahme und die körperlichen Veränderungen gefunden worden war und sie wieder damit beginnen konnte, durch regelmäßige körperliche Aktivität ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, und dass keine weitere Medikamenteneinnahme mehr notwendig war.

Was ist Cortisol und was bewirkt es?

Cortisol ist ein lebensnotwendiges Hormon, welches unter dem Einfluss des Gehirns (Hypothalamus) und der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) in den beiden Nebennieren gebildet wird. Es entsteht aus dem

Cholesterin und wird aufgrund seiner chemischen Struktur als Steroidhormon bezeichnet. Die Cortisolsekretion unterliegt einem sehr genauen Regelkreis und zeigt eine ausgeprägte Tagesrhythmik mit sehr hohen Spiegeln in den frühen Morgenstunden um 5.00 Uhr und einem Abfall in der zweiten Tageshälfte mit sehr niedrigen Spiegeln um Mitternacht. Als wichtigstes Stresshormon des Körpers wird es darüber hinaus bei akuten psychischen oder physischen Belastungssituationen sehr schnell in hohen Konzentrationen ausgeschüttet. Es aktiviert als sogenanntes „Kampf- und Fluchthormon“ den Stoffwechsel, fördert als Gegenspieler des Insulins die Zuckerbereitstellung und wirkt sehr stark entzündungshemmend. Ein Fehlen dieses lebensnotwendigen Hormons zum Beispiel nach einer beidseitigen operativen Entfernung der Nebenniere oder einer autoimmunen Zerstörung der Nebennierenrindenfunktion (in Analogie zum autoimmun bedingten Typ-1-Diabetes) führt zu einem starken Schwächegefühl, rascher Ermüdbarkeit, niedrigem Blutdruck, Neigung zu niedrigen Blutzuckerspiegeln, Bauschmerzen bis hin zu einem Koma. Insbesondere im Rahmen von akuten zusätzlichen Stresssituationen wie Unfällen, Infektionen oder Operationen kann es dann zu einer lebensbedrohlichen Mangelsituation mit Ausbildung einer Schocksituation kommen. Daher muss bei einem Mangel an Cortisol ebenso wie beim Insulinmangel unbedingt ein Ersatz dieses Hormons erfolgen, was glücklicherweise durch die Einnahme von Tabletten möglich ist. Umgekehrt kann ein chronischer Überschuss an Cortisol - zum Beispiel durch einen cortisolproduzierenden Tumor in der Nebennierenrinde oder einen hormonproduzierenden Knoten (Adenom) in der Hirnanhangsdrüse - zu schwerwiegenden Veränderungen mit Abbau von Körpereiweiß und Knochenmasse mit Muskelschwund und Osteoporose führen sowie zu verstärkter Glukosebereitstellung bis hin zum Diabetes, stammbetontem Übergewicht, Hautveränderungen, psychischen Problemen und Abwehrschwäche..

Welchen Einfluss hat Cortisol auf den BZ-Stoffwechsel?

Cortisol ist neben Adrenalin, Wachstumshormon und Glukagon einer der wichtigsten hormonellen Gegenspieler der Insulinwirkung. Es fördert die Bereitstellung von Glukose aus der Leber, erhöht die Glukagonsekretion und verstärkt die Insulinresistenz. Damit kann ein chronischer Cortisolüberschuss zum Beispiel durch ein Cushingsyndrom oder eine chronische Einnahme als Medikament eine diabetische Stoffwechsellage verschlechtern oder auch zum Neuauftreten eines Diabetes mellitus führen. Im letzteren Fall spricht man dann nicht von einem Typ 2-Diabetes, sondern von einem sogenannten sekundären Typ-3-Diabetes nach Cortisoleinnahme (Steroiddiabetes). Eine wichtige Rolle spielt das Cortisol auch bei der morgendlichen BZ-Regulierung. Normalerweise kommt es in den frühen Morgenstunden um ca. 5.00 Uhr zu einem deutlichen Anstieg der Cortisolspiegel, welche das Aufwachen des Menschen hormonell vorbereiten. Beim Gesunden wird dieser Anstieg von Cortisol und die damit verbundene verstärkte Freisetzung von Glukose aus der Leber durch eine ansteigende Rate der basalen Insulinsekretion sehr gut kompensiert. Diese Möglichkeit fehlt jedoch

beim Typ 1-Diabetiker, der ja keine eigene Insulinsekretion mehr besitzt. Dies kann dann bei Menschen mit Diabetes zu dem sogenannten Morgendämmerungsphänomen (Dawn-Phänomen) mit stark ansteigenden BZ-Spiegeln in den frühen Morgenstunden führen. Da der Patient zum Zeitpunkt des frühmorgendlichen Anstiegs von Cortisol und anderen Gegenspielerhormonen des Insulins in der Regel noch schläft, kann bei Vorliegen eines ausgeprägten Morgendämmerungsphänomens neben einer Umstellung der basalen Insulintherapie auch eine stundengenaue Anpassung der Basalinsulinrate durch eine Insulinpumpentherapie notwendig werden.

Was ist ein Cushing-Syndrom?

Als Cushing-Syndrom werden die körperlichen Veränderungen bezeichnet, die durch einen chronischen Überschuss des Stresshormons Cortisol verursacht werden. Die seltene Hormonerkrankung wurde nach ihrem Erstbeschreiber, dem amerikanischen Neurochirurgen Harvey Cushing, benannt und kann sowohl durch cortisolproduzierende Tumoren der Nebennierenrinde, aber auch durch Adenome (gutartige Tumoren) der Hirnanhangsdrüse, welche das übergeordnete regulierende Hormon ACTH (Adrenocorticotropes Hormon) bilden, verursacht werden. Die vermehrte Produktion von Cortisol führt im Körper zu charakteristischen Veränderungen mit Auftreten eines runden, meist geröteten Gesichts („Vollmondgesicht“), einer stammbetonten Übergewichtigkeit, der Ausbildung von dünner, verletzlicher Haut mit Dehnungsstreifen und einer Neigung zu Blutergüssen, Osteoporose, Muskelschwäche, Erhöhung der Blutzuckerspiegel bis hin zum Diabetes mellitus und häufig auch starken psychischen Veränderungen mit Depression. Wenn die seltene Erkrankung rechtzeitig erkannt wird, kann in der Regel eine Operation zur Heilung führen.

Zu den gleichen Symptomen kann es jedoch auch kommen, wenn aufgrund entzündlicher, autoimmuner oder rheumatischer Erkrankungen Kortison oder ähnlich wirkende Medikamente (die auch als Glukokortikoide bezeichnet werden) langfristig in hohen Dosen eingenommen werden müssen. Wie beim körpereigenen Cortisol findet sich auch unter dem Einfluss dieser Medikamente als Nebenwirkung oft eine deutliche Verschlechterung der BZ-Stoffwechsellage bis hin zum Neuaufreten eines Diabetes mellitus, so dass in der Regel eine Intensivierung der Diabetestherapie meist mit Insulingaben notwendig wird.

Die Tatsache, dass Kortison einen Diabetes begünstigen kann, ist schon lange bekannt. Je höher und je länger die notwendige Kortisoneinnahme ist, desto stärker ist die diabetesfördernde Wirkung. Eine Verschlechterung des Blutzuckerstoffwechsels können aber auch cortisolhaltige Salben, die oft vom Hautarzt verordnet werden, und in seltenen Fällen auch Kortisonsprays verursachen. Daher muss bei einer notwendigen Glukokortikoidtherapie vom Arzt zusammen mit dem Patienten immer eine genaue Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen werden. Bleibt die Einnahme von Kortison die einzige Therapiealternative, so ist es durchaus möglich, die medikamentös verursachte Blutzuckererhöhung

wieder in den Griff zu bekommen. In seltenen Fällen kann alleine eine Anhebung der Diabetestherapie durch zusätzliche Tabletteneinnahme ausreichen. In den meisten Fällen wird es jedoch notwendig sein, dem Blutzuckeranstieg mit einer Insulintherapie entgegenzuwirken. Dabei muss beachtet werden, dass der Insulinbedarf sehr stark von der Dosis der eingesetzten cortisohaltigen Medikamente, der zu behandelnden Grunderkrankung und dem Ausmaß der vorbestehenden Blutzuckerstoffwechselstörung abhängig ist und bei einem Ausschleichen der Cortisontherapie wieder rechtzeitig mit einer gleichzeitigen Reduktion der Insulinmenge reagiert wird, um das Auftreten von Unterzuckerungen zu vermeiden.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Entstehung eines Cushing-Syndroms und der Entstehung eines Typ-2-Diabetes mellitus?

Aufgrund der großen klinischen Übereinstimmung zwischen dem Krankheitsbild eines Cushing-Syndroms mit bauchbetonter Übergewichtigkeit, Blutzuckerspiegelerhöhung, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörung sowie Insulinresistenz und dem klassischen Typ-2-Diabetes, der ja durch eine Kombination aus bauchbetonter Adipositas und Insulinresistenz sowie einer Insulinsekretionsstörung entsteht, hat man schon sehr lange über eine mögliche gemeinsame Ursache beider Erkrankungen nachgedacht. In den letzten Jahren ist in der Forschung hierbei vor allem ein Enzym in den Blickpunkt gerückt, welches für die Aktivierung von Cortisol verantwortlich ist. Das Enzym, die sogenannte 11 β -HSD (11beta-Hydroxysteroid Dehydrogenase) führt zur Umwandlung der inaktiven Vorstufe Cortison zum aktiven Cortisol. Eine lokal erhöhte Aktivität dieses Enzyms im Fettgewebe kann - zumindest im Tiermodell - zu einem dem Diabetes mellitus Typ 2 sehr ähnlichen Krankheitsbild mit zentraler Übergewichtigkeit, Fettstoffwechselstörung und Insulinresistenz führen. Umgekehrt könnte eine Hemmung dieses Enzyms durch Medikamente eine wertvolle neue therapeutische Alternative bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 sein. So könnte die lokal erhöhte Cortisolwirkung im Fettgewebe und in der Leber durch diese sogenannten 11 β -HSD-Inhibitoren vermindert und so der bauchbetonten Übergewichtigkeit und einem Blutzuckeranstieg entgegengewirkt werden. In frühen klinischen Studien werden daher große Hoffnungen in die Entwicklung dieser innovativen Medikamentengruppe für die Behandlung des Typ-2-Diabetes gesetzt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2018

EXPERTENSTATEMENT

Medizin geht vor Ökonomie:

Was kann der Klinik Codex für die stationäre Diabetologie bewirken?

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen und Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat unter der Federführung von Frau Professor Schumm-Draeger aus München und unter Mitwirkung verschiedener Fachgesellschaften – inklusive der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) – einen **Klinik Codex „Medizin vor Ökonomie“** mit dem Ziel formuliert (Deutsches Ärzteblatt v. 8. Dezember 2017, Heft 49, Seite 2338-2340), den KollegenInnen auf dem Boden eines professionalisierten Selbstverständnisses medizinischer Standards „Rückhalt für ärztliches Handeln“ zu geben.

Hintergrund und Bedeutung für die stationäre Diabetologie liegen darin begründet, dass die **Finanzierung der stationären Versorgung in aller Regel bei begrenzter Zahl von Betten und festgelegten Einnahmen pro Diagnose bzw. Ressourcenverbrauch (DRG-System) nicht patienten-, sondern diagnoseorientiert gesteuert ist.** Das heißt konkret, bei einem Patienten, bei dem ich viel Technisches machen muss und kann, habe ich als Krankenhausträger mehr Einnahmen als bei Patienten, die viel Zeit in der Zuwendung und chronischen Betreuung brauchen.

Letzteres gilt in aller Regel für Patienten mit **chronischen Erkrankungen inklusive mit Hormonstörungen und Diabetes mellitus.** Wenn die Diagnose fiskalisch nicht interessant ist, werden ökonomisch basierte strategische Entscheidungen in der Krankenhausentwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit und in der Regel gegen die Förderung – z.B. stationärer Diabetologie und Endokrinologie – getroffen.

Dies bedeutet in der Folge: mangelnde Versorgung, reduzierte Weiterbildung, verminderte Ausbildung, fehlender Nachwuchs, mangelnde Forschung in der Zukunft. Dies ist aus unserer Sicht ein medizinisches Desaster, wenn man bedenkt, dass wir über Volkskrankheiten sprechen, die sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich zu den häufigsten Diagnosen zählen.

Daher fordert die DDG u.a. klinische Lehrstühle für Endokrinologie/Diabetologie an jeder medizinischen Fakultät.

Zudem sollte der „**Sicherstellungsauftrag**“ einer **diabetologischen Versorgung** politisch gewährleistet werden.

Der *Klinik Codex* fordert den medizinischen Standard bei der Versorgung unserer Patienten und der Bevölkerung unabhängig von der fiskalischen Attraktivität ein und **stärkt als Fachgesellschaft dem**

medizinischen Personal den Rücken, weiterhin medizinische Entscheidungen den Vorrang zu geben bzw. auch ggf. gegen ökonomische Interessen durchzusetzen.

Zusammenfassend: *Der „Klinik Codex“ ist ein Mittel, die stationäre diabetologische Versorgung zu stärken, einzufordern und der „Sprechenden Medizin“ den Vorrang bei unserem ärztlichen Handeln zu geben.*

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2018

EXPERTENSTATEMENT

Wie unsere Nahrung unser soziales Entscheidungsverhalten beeinflusst

Professor Dr. med. Sebastian M. Schmid, Stellvertretender Klinikdirektor Medizinische Klinik I, Leiter Endokrinologie, Diabetologie, Internistische Adipositasmedizin, Universität zu Lübeck

Dass wir Essen zur Aufrechterhaltung unseres Energiehaushaltes benötigen, ist uns allen bewusst. Dass unser Essverhalten zudem durch Stress und Gefühle beeinflusst wird und Essen somit als Instrument der Emotionsregulation dient, wird nicht zuletzt vor dem Hintergrund der stetig steigenden Adipositasprävalenz intensiv beforscht und diskutiert. Eine zuletzt in den Nutritional News besprochene Studie aus der Arbeitsgruppe um Blechert und Kollegen (Reichenberger J, Biol Psychol 2018; 131:54-62) zeigt eindrucksvoll unter Alltagsbedingungen, dass Stress mit einer Verschiebung der Motivation, zu essen, hin zum „Hungeressen“ einhergeht, wohingegen positive Emotionen mehr zu einem Essen um des Geschmacks willen führt. Interessanterweise scheint es dabei insbesondere bei negativen Emotionen im Hinblick auf die aufgenommene Essensmenge zu einer weiteren Differenzierung zu kommen: Probanden berichten zum Beispiel eher von einer Steigerung der Nahrungsaufnahme bei Traurigkeit, bei Angst oder Ärger dagegen eher von einer Reduktion der Essensmenge. Essen und Nahrungsaufnahme werden aber nicht nur durch Emotionen und Gefühle beeinflusst, vielmehr beeinflusst auch die Nahrung unser emotionales Entscheidungsverhalten. Dabei scheint nicht primär die absolute Nahrungsmenge, sondern vielmehr die Zusammensetzung des Essens entscheidend zu sein. Jede unserer Mahlzeiten besteht aus verschiedenen Makronährstoffen; nämlich Kohlenhydraten, Fett und Protein. Das Verhältnis dieser Makronährstoffe zueinander steuert unseren Aminosäure-Haushalt, welcher wiederum maßgeblich mitbestimmt, welche Neurotransmitter in unserem Gehirn zur Verfügung stehen. Tier- und Humanstudien konnten bereits vor vielen Jahren zeigen, dass die Zusammensetzung unserer Nahrung Einfluss auf die im Gehirn zur Verfügung stehenden Neurotransmitter hat. Bisher war jedoch nicht klar, ob dies in einem Maß geschieht, welches tatsächlich unser Verhalten messbar verändert. Genau dieser Frage ist das Wissenschaftlerteam um Prof. Dr. Soyong Park und Prof. Dr. Sebastian Schmid nachgegangen und konnte seine Ergebnisse kürzlich im Fachjournal Proceedings of the National Academy of Sciences berichten (Strang S, Proc. Natl. Acad. Sci. 114(25):6510-6514).

Unfaire Angebote werden je nach zurückliegendem Frühstück unterschiedlich bewertet

Um zu erforschen, inwieweit unser tägliches Essen unser Verhalten bestimmt, wurden zwei separate Studien durchgeführt. Beide Studien konzentrierten sich dabei auf das Frühstück, da dieses, im Vergleich zu anderen Mahlzeiten, auf nüchternen Magen eingenommen wird und somit mögliche Ergebnisse nicht durch vorherige Mahlzeiten verfälscht werden konnten. In der ersten Studie wurden insgesamt 87 Probanden im Rahmen einer internetbasierten Onlinestudie gebeten, am späten Vormittag im Detail anzugeben, was sie an diesem Morgen zum Frühstück gegessen hatten.

Weiterhin wurden sie mit einem unfairen Angebot von einem virtuellen Gegenspieler konfrontiert, auf das sie reagieren sollten. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass es einen Zusammenhang zwischen der Makronährstoffkomposition des Frühstücks und der Reaktion der Probanden auf unfaire Angebote gab. Je höher der berichtete Anteil an Kohlehydraten im zurückliegenden Frühstück war, desto sensibler reagierten die Probanden auf unfaire Angebote.

Frühstückszusammensetzung beeinflusst metabolische Werte und soziale Entscheidungen

Diese Ergebnisse waren der Ausgangspunkt, um eine zweite, gut kontrollierte Studie unter Laborbedingungen durchzuführen, in der ein möglicher kausaler Zusammenhang zwischen Makronährstoffkomposition beim Frühstück, biochemischen postprandialen Prozessen und Verhalten untersucht werden sollte. Hierzu wurden insgesamt 24 Probanden an zwei verschiedenen Tagen unter hochstandardisierten Laborbedingungen untersucht. Die Probanden erhielten dabei in der einen Bedingung ein Frühstück mit einem sehr hohen Kohlenhydratanteil von 80 % (Protein 10 %, Fett 10 %) und in der anderen Versuchsbedingung ein Frühstück mit gleichem Kaloriengehalt und einer Makronährstoffzusammensetzung gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (Kohlenhydrat 50 %, Protein 25 %, Fett 25 %). Drei Stunden nach komplettem Verzehr des Frühstücks wurden verschiedene neurokognitive Tests durchgeführt, u.a. auch das sogenannte Ultimatum-Spiel.

Gerechtes Sozialverhalten oder das „Ultimatum-Spiel“

Beim Ultimatum-Spiel erhält der Proband von einem virtuellen Gegenspieler ein Angebot, wie 10 € zwischen den beiden aufgeteilt werden sollen. Empfindet der Proband das Angebot als fair und nimmt es an, kommt der Deal zustande und beide Spieler erhalten den entsprechenden Betrag. Empfindet der Proband das Angebot jedoch als unfair, kann er den Deal ablehnen und beide Spieler gehen leer aus. Dieser Test ist in der Forschung sehr gut validiert, um Verhalten zu sozialer Gerechtigkeit zu testen und die individuelle Schwelle zu bestimmen, bei der ein Mensch lieber den Gegner und sich selbst bestraft (indem er selbst leer ausgeht), als sein Gegenüber mit einer Ungerechtigkeit davonkommen zu lassen.

Die Makronährstoffzusammensetzung des Frühstücks moduliert soziales

Gerechtigkeitsverhalten

Die Laborstudie konnte die Ergebnisse der ersten Studie bestätigen: abhängig vom Kohlenhydratanteil im Frühstück reagierten Probanden unterschiedlich auf unfaire Angebote. Nach einem Frühstück mit hohem Kohlenhydratanteil waren die Probanden sehr viel empfindlicher gegenüber unfairen Angeboten als in der Versuchsbedingung mit einer ausgeglichenen Makronährstoffkomposition und lehnten Angebote bereits bei höheren „Quoten“ ab.

Um einen kausalen und ursächlichen Mechanismus dieses behavioralen Befundes aufzudecken, wurden während des gesamten Versuchsablaufs wiederholt Blutproben für die Bestimmung relevanter metabolischer und hormoneller Parameter asserviert. Die postprandialen Konzentrationen von Cortisol und ACTH als Korrelat der endogenen Stressachsenaktivität unterschieden sich dabei ebenso wenig zwischen den Bedingungen wie die Konzentrationen von Insulin, Testosteron oder dem zentralnervös auf den Hypothalamus wirkenden Adipokin Leptin. Erwartungsgemäß zeigten sich insbesondere beim Verlauf der postprandialen Blutzuckerwerte nach Verzehr des sehr kohlenhydratreichen Frühstücks Unterschiede. Diese konnten jedoch statistisch die Varianz im Entscheidungsverhalten der Probanden nicht erklären. Einzig das postprandial veränderte Profil der zirkulierenden „large neutral amino acids“ (lange neutrale Aminosäuren, LNAA) wurde durch die Makronährstoffkomposition signifikant verändert und konnte verlässlich das Gerechtigkeitsverhalten der Probanden in statistischen Modellen vorhersagen. Je höher der Kohlenhydratanteil und entsprechend niedriger der Proteinanteil war, umso niedriger waren die Tyrosinspiegel und umso höher die Tryptophanspiegel am nachfolgenden Vormittag. Einzig die Veränderung der postprandialen Tyrosinkonzentrationen im Blut, welche direkt auf die zentralnervösen Konzentrationen des Neurotransmitters Dopamin schließen lassen, konnten als kausaler Mechanismus für den Zusammenhang von kohlenhydratreicher Nahrung und erhöhter Sensibilität gegenüber unfairen Angeboten identifiziert werden. Das Ergebnis ist insofern überaus interessant, als es erstmals beim Menschen zeigt, wie sehr unsere Ernährung Einfluss auf unseren Neurotransmitter-Haushalt hat und dieser wiederum unser Verhalten bestimmt.

Schlussfolgerungen und praktische Implikationen: Ausgewogene Ernährung ist sowohl für den Körper als auch für die Psyche essentiell

Die hier berichteten Studien zeigen, dass unsere Ernährung einen stärkeren Einfluss auf unser Leben hat als bisher vermutet. Diäten, wie die derzeit beliebten „low carb“ Diäten, sollten vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kritisch betrachtet werden. Sie führen zwar evtl. zu dem gewünschten Gewichtsverlust, beinhalten aber ein extrem unausgewogenes Verhältnis von Kohlehydraten und Proteinen und können dadurch einen direkten Einfluss auf unser alltägliches Verhalten haben. Auch das Essen in Großkantinen, wie zum Beispiel in Schulen, Kindergärten, großen Betrieben oder der Bundeswehr, sollte in Bezug auf die Makronährstoffzusammensetzung überdacht werden.

Prof. Dr. Soyong Park (Department of Psychology I, University of Lübeck)

Prof. Dr. Sebastian M. Schmid (Department of Internal Medicine I, University of Lübeck; German Center for Diabetes Research (DZD))

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Medicom Verlags GmbH aus der Zeitschrift NUTRITION-NEWS Jahrgang 15, Ausgabe 1/18, Seite 7-8.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2018

EXPERTENSTATEMENT

Diabetologen von morgen: Überlegungen zu Studium und Ausbildung auf der Basis einer Abfrage bei den Fakultäten

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

Nachwuchsgewinnung und –förderung sind zentrale Aufgaben, um die Diabetesversorgung in der Zukunft sicherzustellen. Der Bedarf an gut ausgebildeten Ärzten, Fachkräften in Assistenz- und Pflegeberufen, Psychologen und Wissenschaftlern, die in einer patientenzentrierten Diabetologie tätig sind, wird aufgrund der steigenden Anzahl von Betroffenen weiter spürbar zunehmen. Gleichzeitig erreichen in den nächsten Jahren immer mehr Diabetologen die Altersgrenze, sodass eine massive Versorgungslücke entsteht.

Im Studium beziehungsweise in der ärztlichen Ausbildung ist die Diabetologie heute nicht ausreichend verankert. Viele Studierende kommen in den Arztberuf, ohne auf die Behandlung von Menschen mit Diabetes ausreichend vorbereitet zu sein – und das, obwohl die interdisziplinären und interprofessionellen Aspekte der Diabetologie wichtige ärztliche Handlungskompetenzen vermitteln helfen. Diese Entwicklung hängt nicht zuletzt mit der ständig sinkenden Zahl an klinischen Lehrstühlen für Diabetologie und Stoffwechsel an den deutschen Universitäten zusammen – heute gibt es nur noch acht Lehrstühle an den insgesamt 33 Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Hinzu kommt, dass die Diabetologie als vermeintlich ambulantes Fach zunehmend in den Kliniken nicht mehr vertreten ist, sodass sie auch im Rahmen der Weiterbildung nicht mehr angemessen vermittelt werden kann. In der Konsequenz gibt es immer weniger Experten, die Diabetologie lehren, und immer weniger junge Ärzte, die sich für eine Karriere in der Diabetologie entscheiden. Die ständig steigende Zahl von an Diabetes erkrankten Patienten kann somit in Zukunft nicht mehr kompetent behandelt werden.

Um den derzeitigen Sachstand an den Universitäten abzubilden, hat die DDG im Zeitraum Dezember 2017 bis Februar 2018 eine Befragung zur Verankerung der Diabetologie im Medizinstudium bei den Studierenden und Dozenten mit einem internetbasierten Fragebogen durchgeführt. Bundesweit verteilt lag der Anteil der Dozenten, die den Fragebogen beantworteten, bei sieben Prozent, bei den Studierenden waren alle Semester vertreten, hiervon waren ca. 40 Prozent im Praktischen Jahr. Die Diabetologie ist nur bei etwa einem Drittel der Universitäten bettenführend mit einem eigenen Lehrstuhl vertreten, an ca. der Hälfte der Universitäten gibt es eine Abteilung, jedoch ohne eigenen Lehrstuhl. Die Diabetologie wird zu ca. 80 Prozent in der Hauptvorlesung für Innere Medizin gelehrt, gefolgt von der Hauptvorlesung in Allgemeinmedizin. Das Angebot an Praktika oder ein Lehrangebot als interdisziplinäres "Querschnittsfach" gibt es nur an maximal einem Viertel der Universitäten. Auch die Prüfungen beschränken sich vorwiegend auf theoretische Prüfungen mit Multiple Choice Fragen

(70-80 Prozent) und wenig praktische Prüfungen (max. 20 Prozent). Auf die Frage, wie sich die Studierenden gerüstet sehen, Diabetespatienten zu erkennen und zu behandeln, geben sie an, diese erkennen zu können (ca. 70 Prozent), aber es trauen sich nur etwa die Hälfte der Studierenden zu, auch eine Diabetesbehandlung übernehmen zu können. Nur 47 Prozent der Studierenden gaben an, dass das Lehrangebot zur Diabetologie an ihrer Universität insgesamt ausreichend ist. Die Befragung deckt so einen Ausbildungsmangel im Medizinstudium auf, der dringend beseitigt werden muss.

Die DDG hat diesbezüglich mit anderen Diabetesorganisationen drei Hauptforderungen im Positionspapier „Diabetologie 2025“ formuliert, die Abhilfe schaffen können:

- 1) Diabetologie muss im Studium standardmäßig als Querschnittsfach verankert werden. Die DDG setzt sich dafür ein, dass in der Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) und im "Masterplan Medizinstudium 2020" die Diabetologie besser abgebildet wird.
- 2) Bundesländer und Bund müssen dafür sorgen, dass die Zahl der Lehrstühle für Diabetologie und Stoffwechsel in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin wieder steigt. Die Diabetologie muss als selbstständige Einheit an großen Versorgungskrankenhäusern erhalten bleiben und essenzieller Teil der Weiterbildung sind. Voraussetzung dafür ist, dass die sprechende Medizin im DRG-System angemessen abgebildet wird.
- 3) Der medizinische ärztliche Nachwuchs und die Assistenzberufe (z.B. 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 2018

EXPERTENSTATEMENT

YARE als Modell der endokrinologisch-medizinischen Nachwuchsförderung

Engagiert und selbstorganisiert: Die Arbeitsgemeinschaft YARE (Young Active Research in Endocrinology) der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) als Modell für medizinische Nachwuchsförderung

Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle, Institut für Experimentelle Endokrinologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) als interdisziplinäre Fachgesellschaft

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) (<https://www.endokrinologie.net/>) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft für EndokrinologInnen („Hormon- und StoffwechselspezialistInnen“) sowie endokrin orientierte Assistenzberufe in Universitäten, Krankenhäusern, Spezialpraxen, Forschungsinstituten, Gesundheitsorganisationen, Behörden und diagnostischer und pharmazeutischer Industrie, die sich mit Hormonen, Stoffwechsel und entsprechenden Erkrankungen befassen. Dazu zählen eine Reihe von Volkskrankheiten wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, Übergewicht und Adipositas, Diabetes, hormonell bedingten Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Osteoporose und auch seltene gutartige oder Tumorerkrankungen, bei denen das Hormonsystem im Kindesalter und bei Erwachsenen gestört ist. Die DGE als interdisziplinäre Fachgesellschaft hat knapp 1900 Mitglieder und fördert die universitäre endokrinologische Ausbildung, die Weiterbildung und Spezialisierung in der Medizin und den Lebenswissenschaften in Deutschland. Dazu engagieren sich ihre Mitglieder aktiv in hormonbezogener Wissenschaft und Forschung, beteiligen sich an der Erstellung von Leitlinien und stehen im engen Austausch mit benachbarten Fachgesellschaften und Patientenorganisationen insbesondere auch auf der europäischen Ebene. Die DGE ist in sieben Sektionen und vier Arbeitsgemeinschaften gegliedert, die sich schwerpunktmäßig mit den verschiedenen Hormonsystemen befassen. Die DGE veranstaltet den jährlichen stattfindenden Deutschen Kongress für Endokrinologie sowie kleinere Fachtagungen der Sektionen zu spezielleren Themen.

YARE ("Young Active Research in Endocrinology")

Die DGE fördert intensiv den klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs, der sich in der Arbeitsgemeinschaft YARE („Young Active Research in Endocrinology“) der DGE sehr erfolgreich seit mittlerweile fast 20 Jahren selbst organisiert hat (<https://www.yare-endo.de/>; www.facebook.com/groups/yare.endo/). Die Initiative YARE wurde von jungen EndokrinologInnen während der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie im Jahr 1999 gegründet.

Das Ziel dieser Initiative ist es, den gegenseitigen Austausch im Hinblick auf eine verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen jungen Wissenschaftlern in der Anfangsphase ihrer Karriere zu intensivieren. Dazu organisiert YARE eine eigene Jahrestagung (mit „Altersbegrenzung“) sowie YARE-Symposien beim Deutschen Kongress für Endokrinologie und den kleineren Sektionstagungen. YARE ist zudem an der Organisation der traditionellen sehr erfolgreichen ESE Summer School Endocrinology in Bregenz beteiligt.

YARE definiert jung nicht strikt nach Alter, sondern als „neu in der Endokrinologie“, sodass StudentInnen (Bachelor/ Master/ MD-/ PhD), AssistenzärztInnen und PostDocs YARE-Mitglied werden können (auch ohne obligate DGE-Mitgliedschaft), was auch dem europäischen Nachwuchs die aktive Beteiligung ermöglicht. Formal ist YARE als Arbeitsgemeinschaft in die DGE-Struktur eingebunden und im DGE-Vorstand durch die/den YARE-SprecherIn repräsentiert.

YARE ermöglicht die intensive Kommunikation und Vernetzung der Mitglieder sowie Information über freie Stellen in Klinik, Forschung und Industrie. Über die neuen Medien wurden Diskussionsplattformen zu verschiedenen Themen etabliert.

Die nächste 20. Jahrestagung von YARE ist vom 5. bis 7. Oktober 2018 in Herrsching geplant. Dort können eigene Arbeiten in einer freundlichen und zugewandten Atmosphäre präsentiert und konstruktiv diskutiert werden. Hierbei sind alle Beiträge willkommen sind, von bereits publizierten Daten über klinische Fallstudien bis hin zu kleineren Vorstudien und Plänen. Der Konferenzbeitrag wird so niedrig wie möglich gehalten und beinhaltet Übernachtungen. YARE vergibt den Best Speaker Award und diese Person wird beim nächsten Deutschen Hormonkongress als RednerIn eingeladen.

Die Teilnahme bei YARE ist kostenfrei. Die Mitgliedschaft bei YARE ist aber eine Voraussetzung für die Bewerbung auf die YARE-Reisekostenstipendien und den YARE-Dissertationspreis, die jährlich beim Deutschen Kongress für Endokrinologie vergeben werden und von der DGE gestiftet werden (Ausschreibung und Statuten siehe YARE oder DGE-Website). Eine YARE-Mitgliedschaft lohnt sich auf jeden Fall!

YARE als Erfolgsmodell

Die Gründung und nachhaltige Arbeit von YARE in den letzten zwei Jahrzehnten stellt ein Erfolgsmodell dar für die Etablierung ähnlicher Nachwuchsförderungsstrukturen der Endokrinologie auf der europäischen Ebene und in den anderen europäischen Fachgesellschaften, aber auch anderen deutschen medizin-orientierten Fachgesellschaften in den letzten Jahren (DGIM, DDG, DGO/DVO, ...). Nach dem Modell YARE wurde im Umfeld der European Society of Endocrinology (ESE) die Gruppierung *European Young Endocrine Scientists* (EYES) etabliert, die mittlerweile ebenfalls einen

wichtigen und integralen Faktor der endokrinologischen Nachwuchsorganisation und Förderung auf europäischer Ebene spielt.

YARE arbeitet eng mit EYES und mehreren anderen nationalen jungen Endokrinologen-Gruppen zusammen, um ihren Mitgliedern möglichst viel internationalen Austausch und Kontakte zu ermöglichen (z.B. membermojo.co.uk/eyes; Foreinigen af Yngre Endokrinologer (FYEN) – Denmark www.fyen-endokrinologi.dk; Jonge Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie (JNVE) - The Netherlands www.nve.nl/jnve-0; Klub 30 – Poland klub30.ptendo.org.pl; Russian Young Endocrinologists Society (RYES) – Russia; russianyes.com/en/).

Auch auf deutscher Ebene gibt es enge Kontakte und Zusammenarbeit mit „Junge Internisten – Germany“ (www.dgim.de/index.php?id=123); der DGO-nahen Gruppierung MuSkITYR (MusculoSkeletal Interdisciplinary Translational Young Researchers, <http://muskityr.com/>), der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) (www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de) sowie der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA) (www.dg-andrologie.de).

Endokrinologie ist interdisziplinär!

Endo goes EUROPE (und nicht Richtung Österreich, Balkan oder Insel) wie manche in Bayern oder anderswo beim Brexit das anstreben).

Exzellente Wissenschaft, Forschung, Lehre und Krankenversorgung – auch in der Endokrinologie – im 21. Jahrhundert unter Bedingungen des Machbaren und der sofort verfügbaren fachlichen Information und online Kommunikation. Wir bauen keine Mauern, (Garten-)Zäune, Wassergräben und befestigen keine Grenzen oder Meeresbarrieren.

Menschenrechte sind unteilbar und gelten für alle (und dazu gehört auch bestmögliche endokrine Versorgung von Kranken ungeachtet von Herkunft, Status oder Geschlecht).

Der aktuelle YARE Vorstand

Carmina Fuß	Würzburg (Sprecherin)
Annekathrin Keiler	Dresden (stellv. Sprecherin)
Stephanie Burger-Stritt	Würzburg
Alexander Busch	Kopenhagen, Dänemark
Sogol Gachkar	Lübeck
Lisbeth Harder	Lübeck
Yoshiyuki Henning	Essen
Sebastian Hönes	Essen
Rebecca Ölkrug	Lübeck
Mareike Stieg	München

Gibt es schon YARE-bezogene Erfolge zu verzeichnen?

Was wurde aus ehemaligen YARE (Vorstands-)Mitgliedern? Unter den PreisträgerInnen der DGE-Wissenschaftspreise der letzten zwei Dekaden finden sich mehr als zehn ehemalige oder aktuelle YARE Mitglieder. Von den 16 ersten YARE-Vorstandsmitgliedern seit 1999 haben mittlerweile neun eine Professur und vier sind KlinikdirektorInnen, das spricht wohl für YARE als Erfolgsmodell der endokrinologischen Nachwuchsförderung.

Neben YARE sind im Rahmen und im Umfeld der DGE weitere Traditionen und Strukturen der Nachwuchsförderung in den letzten drei Dekaden etabliert worden mit nachhaltiger Wirkung über den lokalen Gartenzaun hinaus und über die auch in Deutschland (immer noch oder schon wieder) recht beliebten Kleinfürstentümer hinweg (siehe kleinteilige Organisation der KV oder des Bildungswesens in Deutschland). Dazu zählen z.B. die von der DGE unterstützte jährliche ESE Bregenzer Summer School, die Arbeitstagung Experimentelle Schilddrüsenforschung (AESF) oder z.B. Verbände um das sehr erfolgreiche *European Network for the Study of Adrenal Tumours* (ENS@T).

Selbsteinschätzung der aktuellen Situation und Zukunftsperspektiven durch YARE-Mitglieder

YARE hat letztes Jahr unter den Mitgliedern (MedizinerInnen, LebenswissenschaftlerInnen, Studierende) eine aufschlussreiche Befragung durchgeführt und intern ausgewertet. Sowohl klinische als auch wissenschaftliche sowie kombinierte Tätigkeit sind Karrierewünsche, die als akzeptabel bis gut realisierbar angesehen werden und durch Mentoring sowie finanziell unterstützt werden. Fortbildungsmöglichkeiten werden überwiegend (>70 Prozent) unterstützt und vom Arbeitgeber/Team meist gefördert. Mit der Arbeitssituation sind die meisten zufrieden (>50 Prozent), MedizinerInnen weniger als die LebenswissenschaftlerInnen. Die Zufriedenheit mit dem Einkommen in diesem Karrierestadium weist ein breiteres Spektrum auf, bei MedizinerInnen von völlig unzufrieden bis sehr zufrieden, bei LebenswissenschaftlerInnen überwiegend zufrieden oder unentschieden. MedizinerInnen haben große Existenzängste (>70 Prozent), als Gründe werden Teilzeit, befristete Verträge und unsichere Förderung angegeben. Existenzängste sind bei den LebenswissenschaftlerInnen seltener (20 Prozent), überwiegend wegen befristeter Verträge (‘*Normalsituation*‘ für 65 Prozent). Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird von beiden Gruppen recht kritisch gesehen (schlecht, zufriedenstellend, gut) und mit negativen Einflüssen auf das Privatleben verbunden (>60 Prozent)! Strukturierte medizinische Weiterbildung nehmen mehr als zwei Drittel wahr und die Möglichkeit ärztlicher Niederlassung sehen 50 Prozent gut und ein Viertel als sehr gut an. Die überwiegende Zahl der MedizinerInnen wünscht sich in zehn Jahren eine Position als Krankenhausoberarzt (60 Prozent) oder Angestelltenstatus in einem MVZ (25 Prozent). Die LebenswissenschaftlerInnen wünschen sich Positionen in der Industrie oder freien Wirtschaft (35

Prozent) oder als ArbeitsgruppenleiterInnen in Instituten oder Kliniken (30 Prozent). Weitere wichtige Wünsche sind mehr Zeit für Familie und Freunde, mehr Geld, mehr Freiheit für die Wissenschaft. Insgesamt also noch viel Luft für Verbesserungen, auch wenn diese Herausforderungen nicht unbedingt Endokrinologie-spezifisch erscheinen.

Welche Perspektiven haben der Nachwuchs und die Endokrinologie in Deutschland und Europa?

Die DGE und ihre Mitglieder setzen sich aktiv und (meist) erfolgreich für die Verankerung des Faches Endokrinologie – Hormonwissenschaft – in den universitären Curricula der Medizin und der Lebenswissenschaften ein. Beispiel Charité-Universitätsmedizin Berlin: Im neuen Modellstudiengang Medizin MSM2.0 gibt es ein Modul 22 „Hormone und Sexualität“ und im Wahlfachmodul M24 kann Endokrinologie gewählt werden. Im englischsprachigen Charité Master Curriculum „*Molecular Medicine*“ gibt es seit über zehn Jahren das Modul Endokrinologie (Development and Maintenance of the Endocrine System). All dies erfordert kontinuierliches Engagement; geschenkt wird nichts, *there is no free lunch!*

Die DGE setzt sich für eine nachhaltige Verankerung der Endokrinologie in der Medizin ein. Das betrifft nicht nur die universitäre Ausbildung, sondern auch die Facharztausbildung (MWBO), die Erstellung von Leitlinien zu hormonbezogenen Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenkrebs, Adipositas und Schwangerschaft, hormoninaktive Hypophysentumoren) und die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der für das Fachgebiet essentiellen und unabdingbaren Hormondiagnostik in den Händen von endokrinologischen ExpertInnen. Dazu braucht jede Medizinische Fakultät Lehrstühle für Endokrinologie, um die endokrinen Volkskrankheiten, d.h. benigne und maligne Schilddrüsenfunktionsstörungen, Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes, hormonell bedingte Stoffwechselstörungen, Osteoporose und seltene gutartige oder maligne endokrine Erkrankungen kompetent zu diagnostizieren und zu behandeln oder durch vorbeugende Maßnahmen zu verhindern.

Was ist dafür erforderlich?

- Konsequente, nachhaltige und interdisziplinäre Förderung und Ausbildung junger EndokrinologInnen
- Verbesserte personelle Ausstattung und langfristigen Konsolidierung der endokrinologischen universitären Strukturen
- Ausweitung und flächendeckende Sicherstellung der kompetenten endokrinologischen Versorgung der Patienten in Krankenhäusern, Verbundstrukturen und Spezialpraxen

- Technologische und methodische Weiterentwicklung verbunden mit kontinuierlicher Qualitätssicherung der erforderlichen essentiellen endokrinologischen Labordiagnostik in der Hand und unter Verantwortung kompetenter EndokrinologInnen
- Zeitnahe Anwendung innovativer Verfahren der endokrinen Diagnostik und neuer endokrin relevanter Therapeutika
- Attraktive berufliche Zukunftsperspektiven für EndokrinologInnen verbessern und sichern die optimale endokrinologische Versorgung der Bevölkerung und ermöglichen eine erfolgreiche und nachhaltige Prävention endokrin-metabolischer Erkrankungen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Juni 2018



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Factsheet Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):

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

Hauptaufgabe der DGE ist die **Förderung der Forschung** auf dem Gebiet der Endokrinologie – im Bereich der Grundlagenforschung ebenso wie im Bereich der klinischen Forschung. Sie vergibt mehrere Auszeichnungen und Stipendien an 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 vier Arbeitsgemeinschaften bearbeiten DGE-Mitglieder einzelne Themen wie etwa Knochenstoffwechsel, Diabetes oder Neuroendokrinologie gesondert. Derzeit hat die DGE über 1700 Mitglieder.

Zum dritten Mal schreibt die DGE 2018/2019 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 2018 und dem 15. Februar 2019** publiziert werden. Weitere Informationen werden in Kürze auf der Webseite der Fachgesellschaft www.endokrinologie.net/medienpreis.php bekannt gegeben.

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

Vom **15. bis 22. September 2018** veranstaltet die DGE die **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.

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

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



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2018/2019

Zum dritten 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 15. Februar 2019. 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 2018 und dem 15. Februar 2019** 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 **62. Kongress für Endokrinologie** (20.03. bis 22.03.2019) in **Göttingen**. 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
www.endokrinologie.net, www.hormongesteuert.net

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 Robert Koch-Institut – mehr als sechs Millionen Menschen betroffen (2012). Das ist eine Steigerung um 38 Prozent seit 1998, nur 14 Prozent davon sind altersbedingt. Jedes Jahr kommen etwa 270 000 Neuerkrankungen hinzu. Bis 2030 wird mit einem Anstieg auf acht Millionen Erkrankte gerechnet.

Jedes Jahr erblinden 2 000 Menschen infolge von Diabetes, mehr als 2 000 Menschen werden dialysepflichtig und 40 000 Amputationen werden durch Diabetes verursacht.

Ursachen:

Rund 95 Prozent der Diabetespatienten haben einen Typ-2-Diabetes. Zu den Auslösern eines Typ-2-Diabetes gehören Übergewicht, Mangel an Bewegung, erhöhte Blutfettwerte und Bluthochdruck sowie genetische Faktoren.

Circa 300 000 Menschen haben einen Typ-1-Diabetes. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunkrankheit, die meist 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 blieb oder der Blutzucker unzureichend eingestellt ist. Zu den gravierendsten Folgeerkrankungen gehören Schlaganfall, Herzinfarkt, Netzhauterkrankung bis hin zur Erblindung, Diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation und Niereninsuffizienz.

Behandlung:

Typ-2-Diabetes kann häufig mit 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 9 000 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 29 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

DDG Medienpreise 2018

für exzellente Aufklärung und Berichterstattung über Diabetes

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die den Betroffenen und ihren Angehörigen eine Menge abverlangt: Auch bei bestmöglicher Betreuung und Schulung muss sich jede/jeder Einzelne aktiv einbringen in die Therapie und die Fähigkeit zum Selbstmanagement entwickeln.

Die Medienpreise der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) 2018 wollen den **Fokus** auf den **Menschen mit Diabetes** legen: Wie sieht der Alltag mit dieser chronischen Erkrankung aus? Wie gelingt das Selbstmanagement? Welche seelischen und körperlichen Herausforderungen gibt es? Wo finden Menschen mit Diabetes Unterstützung?

Die DDG schreibt 2018 zum fünften Mal Medienpreise aus. Zusätzlich zu den **Kategorien Text, Hörfunk** und **Fernsehen** wird diesmal ein weiterer Preis in der Kategorie **Online-Sonderpreis** vergeben. Zu Letzterem können Websites, Blogs oder You-Tube-Videos gehören. Jeder der vier Preise ist mit jeweils 1.500 Euro dotiert.

Bewerben können sich Journalistinnen und Journalisten aus dem deutschsprachigen Raum, die sich fundiert, differenziert und intensiv mit Diabetes mellitus befasst haben und denen es gelingt, verständlich und überzeugend zum Beispiel über Prävention, Diagnostik und Behandlung von Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 zu berichten.

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

Kategorie: Hörfunk

Kategorie: Fernsehen

Kategorie: Online-Sonderpreis

In das Auswahlverfahren werden Presseveröffentlichungen, Beiträge aus Hörfunk und Fernsehen sowie Websites/Blogs/Videos einbezogen, die **zwischen dem 1. August 2017 und dem 31. Juli 2018** 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 2018** 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

TV-Beiträge mit hohem Datenvolumen bitte als DVD (**zwei Kopien**) per Post an die DDG Pressestelle schicken. Hierzu folgende Angaben mitliefern: Name und Adresse des Autors und/oder der Redaktion, Titel des Beitrags, Sendeformat/Sendereihe, Sendedatum und Zielgruppe (ggf. Link, falls der Beitrag im Web abrufbar ist).

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 2018 (9. - 10. November 2018, Wiesbaden). 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 der Preisträger/die Preisträgerin sein/ihr 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 01.08.2017 bis 31.07.2018
Dotierung:	Insgesamt 6.000 Euro
Einsendeschluss:	31.07.2018
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

Curriculum Vitae

Univ.-Professor Dr. med. Matthias Max Weber
Leiter der Endokrinologie und Diabetologie der Universitätsmedizin
Mainz und Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für
Endokrinologie (DGE), Ärztlicher Leiter der staatlich anerkannten
Schule für Diätassistenten der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
und Leiter des Endokrinen und Neuroendokrinen Tumorzentrums der
Universitätsmedizin Mainz



*1961

Ausbildung:

- 1980–1982 Studium der vorklinischen Medizin an der Ruhr-Universität Bochum, Ärztliche Vorprüfung
- 1982–1986 Studium der klinischen Medizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- 1983–1984 Studentische Hilfskraft am Institut für Kinderpathologie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- 1986 Approbation als Arzt
- 1988 Dissertation über das Thema „Sonographische Verlaufsbeobachtung von Lebergröße und -struktur unter tuberkulostatischer Therapie“.

Beruflicher Werdegang:

- 1990–1992 DFG-Ausbildungsstipendium im Labor für Molekulare Endokrinologie, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles
- 1993–2000 Leitung des endokrinologischen Forschungslabors, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1993–2000 Dozent an der Staatlichen Berufsfachschule für Krankenpflege der Universität München, EDV-Beauftragter der Klinik. Beauftragter für Strahlenschutz und Beauftragter für biologische Sicherheit nach dem Gentechnikgesetz.
- 1998–2000 Leitung der Endokrinologischen Ambulanz und der Internistischen Intensivstation
- 1998 Habilitation für Innere Medizin, Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 2000–2002 Oberarzt, Lehrstuhl II für Innere Medizin der Universität zu Köln, Klinikum Köln-Merheim sowie Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universitätsklinik Köln

- 2000–2002 Leitung des zentralen Hormonlabors der Universitätsklinik und der Städtischen Kliniken Köln. Aufbau des endokrinologischen Forschungslabors in der Universitätsklinik Köln-Merheim
- Seit 2002 Berufung auf die C3-Professur für Endokrinologie und Diabetologie auf Lebenszeit an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- Seit 2002 Leitung des Schwerpunkts Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, I. Medizinische Klinik und Poliklinik (Direktor: Prof. Dr. P. Galle), Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität Mainz (seit 2008 zertifiziert als Behandlungseinrichtung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes der Stufe 2 der DDG)
- Seit 2002 Leiter des Endokrinen und Neuroendokrinen Tumorzentrums der Universitätsmedizin Mainz
- Seit 2003 Ärztlicher Leiter der staatlich anerkannten Schule für Diätassistenten der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Klinische Schwerpunkte:

Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie, Schilddrüsenerkrankungen, endokrine und neuroendokrine Tumoren, Erkrankungen der Hypophyse und der Nebennieren, Diabetes mellitus und Folgeerkrankungen, insbesondere das diabetische Fußsyndrom sowie Adipositas und Ernährungsmedizin.

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Isolierung, Mikroverkapselung, Kryokonservierung und Transplantation von Inselzellen des Pankreas, molekulare Bildgebung der Inselzellen, Rolle von Insulin und insulinähnlichen Wachstumsfaktoren bei der Signalübertragung, Tumorentstehung und Therapie von Inselzelltumoren, Pathogenese und molekulare Therapie endokriner und neuroendokriner Tumoren, Regulation von Funktion und Wachstum der Nebenniere und Schilddrüse durch Wachstumsfaktoren und Zytokine. Rolle von psychogenen Faktoren bei der Regulation des Blutzuckerstoffwechsels bei Menschen mit Diabetes mellitus und im euglykämischen hyperinsulinämischen Clamp.

Sonstiges Engagement:

- Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e.V. (ADE), Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft, seit 2009
- Mediensprecher und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Koordinierungszentrum für Kardiologische Studien (KKS) der
Medizinischen Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen und
Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)



* 1959

Akademische Ausbildung:

Studium der Humanmedizin in Hamburg,
amerikanisches Staatsexamen (FMGEMS),
Approbation zum Arzt und
Promotion zum Dr. med. über die Regulation der Cholesterinbiosynthese
in frisch isolierten mononukleären Leukozyten durch adrenerge Rezeptoren.

Beruflicher Werdegang:

1985–1987	Assistenzarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft bei Prof. Dr. C. R. Kahn, Direktor des Joslin Diabetes Center der Harvard Medical School in Boston.
1987	Fortführung der klinischen Weiterbildung bei Prof. H. Greten an der Medizinischen Kernklinik und Poliklinik des Universitäts- krankenhauses Eppendorf in Hamburg.
1991	Wechsel im Rahmen der Berufung von Prof. W. Krone an die Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln.
1995–1997	Oberarzt der Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln
1993	Facharzt für Innere Medizin
1994	Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie
1996	Habilitation für das Fach Innere Medizin Thema der Forschungsarbeit: „Molekulare Mechanismen der Insulinwirkung und Insulinresistenz“, Thema der Antrittsvorlesung: „Gentherapie in der Inneren Medizin“.
1997	Ruf auf eine Universitätsprofessur (C3) für Innere Medizin/Endokrinologie in Köln.

- 2001–2006 Übernahme des Lehrstuhls (C4) für Klinische Biochemie und Pathobiochemie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Direktor am Deutschen Diabetes-Zentrum.
- 2006-2015 Chefarzt der I. Medizin. Abt. der Asklepios Klinik St. Georg Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel
- 2011–2012 Stellvertretender Gründungsdekan des Asklepios Campus Hamburg, Medizinische Fakultät der Semmelweis-Universität.
- 2012–2014 Dekan des Asklepios Campus Hamburg
- Seit 2016 Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Koordinierung des klinischen Forschungszentrums der Medizinischen Klinik I seit dem 1.2.2017.

Preise:

- 1987 Deutsches Komitee zur Förderung der Atheroskleroseforschung
- 1991 Dr. Martini-Stiftung, Hamburg
- 1995 Bertram-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Sonstige Aktivitäten:

- 2002–2012 Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der größten europäischen Medizinbibliothek (ZB MED, Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft) an der Universität zu Köln.
- 2003 Tagungspräsident, zusammen mit Prof. Krone der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
- 2003-2015 Sprecher der Sektion „Diabetologie und Stoffwechsel“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
- 2003–2011 Stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des interdisziplinären Zentrums für klinische Forschung (IZKF) der Universität Leipzig.
- 2003–2014 Herausgeber der Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“, das wissenschaftliche Organ der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
- 2006–2008 Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Seit 2006 Sprecher der fachgesellschaftsübergreifenden Arbeitsgemeinschaft „Herz–Hormone–Diabetes“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
- 2006–2013 Mitglied im Medical Board Innere Medizin des Asklepios-Konzerns

2006–2009 und seit 2014	Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
2008–2011	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
2009	Tagungspräsident, mit Prof. Dr. T. Meinertz der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin.
2009	Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft
2011	Tagungspräsident, mit Prof. J. Kußmann der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
2012-2016	Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V.
Seit 2012	Vorstandsmitglied der D·A·CH-Gesellschaft Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V. (2012-2017 stellv. Vors, seit 2017 Schatzmeister).
Seit 2014	Generalsekretär und Board Member der International Task Force for Prevention of Cardiometabolic Diseases
Seit 2016	Sprecher Kommission Struktur und Krankenversorgung der DGIM
2017	Tagungspräsident, zusammen mit Prof. A. Schürmann der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
2015-2107	Vize-Präsident der DDG
2017-2019	Präsident der DDG

Herausgeber von Fachbüchern, wissenschaftliche Beiträge und Schwerpunkte:

- Textbook of Type 2 Diabetes, First Edition 2003, Second Edition 2008; B. Goldstein, D. Müller-Wieland (68 internationale Autoren, 38 Kapitel, 575 Seiten, Informa Healthcare).
- Diabetologie in Klinik und Praxis, 6. Auflage, 2011; H.-U. Häring, B. Gallwitz, D. Müller-Wieland, K.-H. Usadel, H. Mehnert (87 Autoren, 49 Kapitel, 689 Seiten, Thieme Verlag).
- Basis-Lehrbuch Innere Medizin; J. Braun, D. Müller-Wieland, 6. Auflage, 2018 (> 1200 Seiten, Elsevier Verlag).
- Siegenthalers klinische Pathophysiologie; H. Blum, D. Müller-Wieland, 10. Auflage im Druck (> 1200 Seiten, Thieme Verlag).

Mehr als 220 Publikationen als Originalarbeiten, Übersichtsbeiträge und Buchkapitel, siehe Anlage.

Klinischer und wissenschaftlicher Fokus sind klinische und molekulare Zusammenhänge zwischen Fettstoffwechsel, Diabetes mellitus, Insulinresistenz und kardiovaskulärem Risiko.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Sebastian M. Schmid
Stellvertretender Klinikdirektor, Medizinische Klinik I, Experimentelle
und Klinische Endokrinologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck



* 1977

Beruflicher Werdegang:

- 1999–2002 Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main
- 2002–2005 Studium der Humanmedizin an der Universität zu Lübeck
- 2005 Approbation als Arzt
- 2006 Fachkunde Ernährungsmedizin
- 2012 Facharzt für Innere Medizin
- 2013 Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Stoffwechsel
- 2013 Honorary Research Fellow, Wellcome Trust MRC Institute of Metabolic Science, University of Cambridge, UK.
- 2013 Oberarzt, Medizinische Klinik 1 – Endokrinologie & Diabetologie, Universität zu Lübeck.
- 2014 Professor und Sektionsleiter für Internistische Adipositasmedizin, Universität zu Lübeck.

Wissenschaftlicher Werdegang:

- 2004–2007 Promotion (s. c. l.) bei Professor Dr. Bernd Schultes, Medizinische Klinik 1 & Institut für Neuroendokrinologie, Universität zu Lübeck.
- 2012 Habilitation im Fach Innere Medizin
- 2014 Ruf auf eine W2-Professur für Innere Medizin – Endokrinologie & Diabetologie an die Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (abgelehnt).
- 2014 Berufung zum W2-Professor und Sektionsleiter für Internistische Adipositasmedizin an die Universität zu Lübeck.
- Aktuell Projektleiter diverser von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und universitär geförderter Forschungsprojekte (zum Beispiel in den Sonderforschungsbereichen TR-SFB 654 „Plasticity & Sleep“ und TR-SFB 134 „Ingestive Behaviour: Homeostasis & Reward“, dem Graduiertenkolleg GRK 1957 „Adipocyte-Brain-Crosstalk“).

Preise und Auszeichnungen:

2008	Gerhard-Mohnike-Preis, Deutsche Diabetes Gesellschaft
2010	Präventionspreis, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
2012	International Endocrine Scholarship, European Society of Endocrinology

Mitgliedschaften/Gremien:

- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE; seit 2012 Vorstandsmitglied)
- wissenschaftlicher Beirat Sektion Neuroendokrinologie (DGE)
- wissenschaftlicher Beirat DGIM e.Akademie
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- European Society of Endocrinology (ESE)
- Endocrine Society
- Vorstandsmitglied der „Young Active Research in Endocrinology“ (YARE; 2006–2012)
- Vorstandsmitglied der „European Young Endocrine Scientists“ (EYES; 2010–2013)
- Editorial Board Journal of Endocrinology
- Editorial Board Journal of Molecular Endocrinology

Curriculum Vitae

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



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).
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.

Curriculum Vitae

Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle
Institut für Experimentelle Endokrinologie und Endokrinologisches
Forschungs-Centrum der Charité EnForCé, Charité-Universitätsmedizin
Berlin und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
(DGE), Berlin



Wissenschaftlicher Kurzlebenslauf:

- | | |
|-----------|--|
| 1970–1976 | Studium der Biochemie, Diplom, Universität Hannover |
| 1978 | Research Scholarship, Arrhenius Laboratory, University of Stockholm |
| 1978–1982 | Promotion und wissenschaftlicher Mitarbeiter (DFG) Universität & Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Klinische Endokrinologie & 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. |
| 1992 | Habilitation & 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. |
| 2002–2016 | Direktor des Instituts für Experimentelle Endokrinologie, Charité, Humboldt-Universität zu Berlin. |

Seit 2002	Leiter Endokrinologisches Forschungs-Centrum 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 (Univ. Massachusetts, Worcester, USA)
1993	Felix Hoppe-Seyler-Preis (Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin)
1996	Felix Wankel Tierschutz-Forschungspreis (Univ. München)
1999	Alexander v. Humboldt Honorary Research Fellowship Foundation Polish Science
2006	Klaus-Schwarz-Medaille, International Association of Bioinorganic Scientists
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