



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Pressekonferenz anlässlich der D•A•CH-Tagung

59. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel (ÖGES) und Frühjahrstagung 2016 der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED)

Termin: Donnerstag, 26. Mai 2016, 12:00 bis 13:00 Uhr

Ort: Holiday Inn München, City Centre, Hochstraße 3, 81669 München

Themen und Referenten:

Moderation: Professor Dr. med. Matthias M. Weber

Ausblick auf die Kongress-Highlights der D•A•CH-Tagung von DGE, ÖGES und SGED

Professor Dr. med. Günter Stalla

Tagungspräsident DGE, Leiter der Inneren Medizin, Endokrinologie und Klinischen Chemie, Neuroendokrino-logischen Ambulanz und Andrologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Der eine fett, der andere nicht: Welche Mechanismen steuern Adipositas?

Primarius Professor Dr. Günter Höfle

Tagungspräsident und Präsident der ÖGES, Leiter der Abteilung Innere Medizin am Landeskrankenhaus Hohenems

Der Insulinfabrik auf der Spur: wo und wie Diabetes entsteht

Professor Dr. Dr. med. Emanuel Christ

Tagungspräsident und Präsident der SGED, Stellvertretender Chefarzt FMH Endokrinologie und Diabetologie sowie Innere Medizin am Inselspital, Universitätsspital Bern

Fernbeziehung und Kinderwunsch: wie das Schwangerwerden durch „endokrinologisches Timen“ möglich wird

PD Dr. med. Vanadin Seifert-Klauss

Leitende Oberärztin - Poliklinik/Endokrinologie und Leiterin des Osteoporosezentrums, Frauenklinik und Poliklinik am Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

Welche Ernährung lässt uns länger leben und macht nicht dick?

Professor Dr. med. Andreas Pfeiffer

Direktor Endokrinologie CBF/Campus Benjamin Franklin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE-Pressestelle
Dagmar Arnold, Lisa Ströhlein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-380/-459
Telefax: 0711 8931-167

arnold@medizinkommunikation.org
stroehlein@medizinkommunikation.org
<http://www.dach2016.com>
www.endokrinologie.net
www.hormongesteuert.net



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Pressekonferenz anlässlich der D•A•CH-Tagung

59. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel und Frühjahrstagung 2016 der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie

Termin: Donnerstag, 26. Mai 2016, 12:00 bis 13:00 Uhr

Ort: Holiday Inn München, City Centre, Hochstraße 3, 81669 München

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos/Abbildungen

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE-Pressestelle

Dagmar Arnold/Lisa Ströhlein

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/ 0711 8931-459

Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

E-Mail: stroehlein@medizinkommunikation.org

<http://www.dach2016.com>

www.endokrinologie.net

www.hormongesteuert.net



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel



D•A•CH-Tagung 2016

59. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel und Frühjahrstagung 2016 der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie

PRESEMITTEILUNG

Schwanger werden trotz Fernbeziehung Kinderwunsch durch hormonelle Steuerung erfüllen

München, Mai 2016 – Frauen, die in einer Fernbeziehung leben, haben es oft besonders schwer, schwanger zu werden. Denn fällt ihre kurze fruchtbare Phase mit dem monatlichen Eisprung nicht auf die mit dem Partner verbrachte Zeit – etwa das Wochenende –, sinkt ihre Aussicht, schwanger zu werden auf unter fünf Prozent. Mit welchen Möglichkeiten Endokrinologen Paaren heute helfen können, dennoch schwanger zu werden, diskutieren Experten auf der heutigen Pressekonferenz der D•A•CH-Tagung 2016.

Bei jedem fünften Paar in Deutschland klappt es nicht mit dem Schwangerwerden. Dies liegt zum einen an organischen Ursachen wie geringer Spermienqualität beim Mann, seltenen bis ausbleibenden Eisprungen bei der Frau oder Krankheiten wie Diabetes oder Schilddrüsenfunktionsstörungen. Aber auch Lebensstilfaktoren können dazu führen, dass der Kinderwunsch unerfüllt bleibt. „Dazu gehören Über- oder Untergewicht, Stress oder Rauchen, aber auch schlicht Terminprobleme“, weiß PD Dr. med. Vanadin Seifert-Klauss, Leitende Oberärztin an der Poliklinik/Endokrinologie, Frauenklinik und Poliklinik am Klinikum rechts der Isar in München. So kommen in die Hormonsprechstunde der Münchener Hormonexpertin immer häufiger Paare, bei denen ihre Fernbeziehung mit ein Grund ist, dass die Frau nicht schwanger wird.

Fernbeziehungen sind heute für viele Menschen Alltag, oft aus beruflichen Gründen. Jeder Achte lebt unter der Woche getrennt vom Lebenspartner. Wünschen sich Paare ein Kind, kann die Fernbeziehung plötzlich zu einem großen Hindernis werden. „Für Paare, die weitgehend zusammenleben, können wir von einer 25-prozentigen Schwangerschaftschance pro Monat ausgehen“, berichtet Dr. Seifert-Klauss. Sehe man sich hingegen nur selten, könne das kurze fruchtbare Zeitfenster rund um den weiblichen Eisprung oft nicht genutzt werden. „Die Eizelle ist nach dem Eisprung nur 12 bis 24 Stunden bereit, befruchtet zu werden“, so die Hormonexpertin. In diesen Fällen könne eine Hormontherapie helfen, den Eisprung gezielt etwa auf das Wochenende zu verschieben.

Haben Frauen keinen oder nur selten einen Eisprung, helfen andere Hormontherapien, um die Möglichkeit einer Schwangerschaft zu verbessern. Dr. Seifert-Klauss erläutert: „Viele Frauen haben direkt nach Absetzen der Pille vorübergehend eine Erhöhung ihres Follikelstimulierenden Hormons (FSH), das das Wachsen des Eibläschens anregt. Man nennt dieses Absetzphänomen auch „Rebound-Effekt“. Den so ausgelösten FSH-Schub auf die Eierstöcke können Patientinnen gezielt nutzen, um im ersten Zyklus nach dem Absetzen der Pille in vielen Fällen einen Eisprung hervorzurufen.“

Etwa fünf bis acht Prozent der Frauen leiden an einem Polyzystischen Ovar-Syndrom (PCOS). Es hat zur Folge, dass der Eisprung nur selten stattfindet. Hier kann eine zweiwöchige Gestagen-Gabe in der zweiten Zyklushälfte die Wahrscheinlichkeit eines Eisprungs im nächsten Zyklus der Patientin mit einem milden PCOS erhöhen.

Um die gezielt hervorgerufenen Eisprünge bestmöglich für eine Befruchtung zu nutzen, empfiehlt die Expertin, bereits einige Tage im Vorfeld Verkehr zu haben. Da Spermien im Körper der Frau drei bis fünf Tage befruchtungsfähig bleiben, bestünde so die Chance, dass sie auf eine Eizelle treffen würden.

Professor Dr. med. Günter Stalla, Tagungspräsident und Leiter der Inneren Medizin, Endokrinologie und Klinischen Chemie, Neuroendokrino-logischen Ambulanz und Andrologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie München ergänzt: „Die hormonellen Regelkreise sind sehr kompliziert. Daher gehört diese Behandlung unbedingt in die Hände von gynäkologisch-endokrinologisch versierten Expertinnen und Experten.“

Für wen genau welche Therapie in Frage kommt und welche Vor- und Nachteile es dabei zu bedenken gilt, ist eines der Themen auf der heutigen Pressekonferenz.

Literatur:

PD Dr. med. Vanadin Seifert-Klauss, Redemanuskript D•A•CH-Tagung -Pressekonferenz, 26.05.2016

S1 Hypophyse: Schwangerschaft bei Patientinnen mit Hypophyseninsuffizienz

Greisa Vila-Steinacker, M.D., Österreich

Termin, Freitag, 27. Mai 2016, 09:05 bis 11:05 Uhr

Ort: Holiday Inn München, City Centre, Hochstraße 3, 81669 München, FORUM 1

S2 Schilddrüse: Schilddrüse und Schwangerschaft

Prof. Dr. med. Matthias Schott, Deutschland

Termin, Freitag, 27. Mai 2016, 09:05 bis 11:05 Uhr

Ort: Holiday Inn München, City Centre, Hochstraße 3, 81669 München, FORUM 2-3



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel



D•A•CH-Tagung 2016

59. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel und Frühjahrstagung 2016 der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie

PRESEMITTEILUNG

Ernährungstipps von Hormon-Experten:

Die richtigen pflanzlichen Fette und Ballaststoffe verlängern das Leben

München, Mai 2016 – Zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig, ein Viertel der Bevölkerung sogar fettleibig. Zu hohes Körpergewicht erhöht das Risiko auf Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs und verkürzt so die Lebenserwartung. Die richtige Ernährung kann dagegen nicht nur schlank halten, sondern auch das Leben verlängern. Vor allem Ballaststoffe aus Getreide und Hülsenfrüchten sollten dabei reichlich verzehrt werden. Wie Nahrungsmittel die Lebensdauer beeinflussen, diskutieren Experten auf der heutigen Pressekonferenz der D•A•CH-Tagung in München.

Vielen Menschen fällt es schwer, beim Essen das richtige Maß zu finden, wie Professor Dr. med. Andreas Pfeiffer vom Deutschen Institut für Ernährungsforschung (DIfE) in Potsdam-Rehbrücke weiß: „Essen ist ein so grundlegendes Bedürfnis, dass wir uns angesichts des enormen Angebots oft nicht zurückhalten können.“ Wer seine Nahrungsmittel aber klug auswählt, kann trotzdem gesund bleiben. Der Stoffwechsel lässt sich nämlich mit bestimmten Komponenten der Nahrungsmittel gezielt steuern: So enthalten Gemüse und Obst nicht nur Vitamine, sondern auch zahlreiche Mikronährstoffe wie Metalle, Polyphenole und Ballaststoffe. Professor Pfeiffer erklärt: „Während wir Vitamine nur in kleinen Mengen benötigen, sind es vor allem die Mikronährstoffe, die die gesundheitliche Wirkung von Obst und Gemüse, Vollkornprodukten und Hülsenfrüchten ausmachen.“

Vorsicht sollte man dagegen im Umgang mit Zucker walten lassen. „Der Haushaltszucker, von dem jeder Deutsche rund 30 Kilogramm im Jahr isst, erhöht in großen Mengen die Harnsäurewerte und fördert das Risiko auf Fettleber und Diabetes“, mahnt der Ernährungsexperte und Diabetologe. Auch leicht verdauliche Kohlenhydrate wie beispielsweise Weißbrot oder helle Nudeln treiben den Blutzuckerspiegel in die Höhe. Auch bei Fetten gilt es, die richtige Wahl zu treffen. Dabei sollten gesättigte Fette aus Butter, Sahne oder Fleisch jedoch nur in Maßen verzehrt werden. „Vorziehen sind

ungesättigte Fettsäuren aus nicht tropischen, pflanzlichen Ölen. Sie schützen eindeutig vor Arterienverkalkung und Diabetes“, sagt Professor Pfeiffer.

Wie viel Eiweiß gesund ist, scheint eine Frage des Alters zu sein. Während eine eiweißreiche Ernährung das Krebsrisiko bei jungen Erwachsenen erhöht, schützt sie Menschen über 60 Jahre nicht nur vor Krebs, sondern auch vor Muskelabbau und Knochenbrüchen. „In unseren Studien bewirkte eiweißreiche Nahrung aus tierischen oder pflanzlichen Quellen zudem eine erhebliche Stoffwechselverbesserung bei älteren Diabetespatienten mit weniger Leberfett, weniger Entzündungen und eine starke Verbesserung des Fettprofils im Blut“, ergänzt Professor Pfeiffer.

„Als Hormon- und Stoffwechselexperten versuchen wir, dem sehr komplexen Wechselspiel zwischen den einzelnen Nahrungsbestandteilen, der Darmflora und den Hormonen mit ihren vielfältigen Wirkungen auf den Stoffwechsel immer besser auf die Spur zu kommen“, sagt Professor Dr. med. Matthias Weber, Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE). „Dadurch erfahren wir mehr über die Entstehung von zahlreichen Volkskrankheiten wie Diabetes, Übergewicht, aber auch Bluthochdruck und Arteriosklerose.“ Zugleich lassen sich daraus aber auch ganz praktische Tipps für den Alltag ableiten. Wie die ideale Ernährung für ein langes, gesundes Leben aussieht, erklären Experten auf der heutigen Pressekonferenz.

Literatur:

Prof. Dr. med. Andreas Pfeiffer, Redemanuskript D•A•CH-Tagung-Pressekonferenz, 26.05.2016



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel



D·A·CH-Tagung 2016

59. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel und Frühjahrestagung 2016 der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie

PRESSEMITTEILUNG

Neue Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Diabetes Typ 2

Das Antidiabetikum Metformin verändert die Darmflora

München, Mai 2016 – Metformin ist eines der wichtigsten Medikamente zur Behandlung des Typ-2-Diabetes und wird seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt. Es hemmt in der Leber die Neubildung von Glukose, senkt den Blutzuckerspiegel, dämpft das Hungergefühl und hilft damit sogar abzunehmen. Nun wurde ein möglicher neuer Wirkmechanismus des bewährten Medikaments entdeckt: Es beeinflusst die Darmflora. Beim Typ-2-Diabetes kommt es zu ungünstigen Veränderungen in der Zusammensetzung der Darmbakterien, die durch Metformin zumindest teilweise wieder rückgängig gemacht werden. Andererseits scheint das Medikament auch für die Nebenwirkungen wie Blähungen und Durchfall mitverantwortlich zu sein. Die neuen Erkenntnisse wie die Darmflora Stoffwechsel und Hormone beeinflusst, ermöglichen neue Ansätze für eine schonende Behandlung des Diabetes, erklärt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE).

„Wir setzen Metformin sehr häufig ein, weil es den Blutzucker auf schonende Weise senkt und die Patienten nachweislich vor Komplikationen der Erkrankung schützt“, sagt Professor Matthias Weber, Leiter der Endokrinologie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Metformin gehört außerdem zu den Medikamenten, die keine gefürchteten Unterzuckerungen auslösen und nicht zu einer Gewichtszunahme führen. Professor Weber: „Bei den häufig übergewichtigen Diabetespatienten ist dies ein erwünschter Begleiteffekt.“ Viele Patienten nehmen nach Behandlungsbeginn etwas ab, was die Akzeptanz der Erkrankung und die Motivation zur Einnahme von Medikamenten fördere, fügt DGE-Mediensprecher Weber hinzu. Die blutzuckersenkende Wirkung von Metformin wird in erster Linie auf eine Hemmung der Blutzuckerneubildung in der Leber zurückgeführt.

Neue Untersuchungen deuten jetzt darauf hin, dass Metformin seine positiven Wirkungen zumindest zum Teil durch einen bisher unbekanntem Wirkmechanismus über die Beeinflussung der Darmflora vermitteln. Das zeigt eine kürzlich in *Nature* (2015; 528: 262-6) veröffentlichte Arbeit.

Forscher aus China, Dänemark und Schweden analysierten Stuhlproben von 784 Menschen: In der Forschergruppe waren auch Mitarbeiter des Europäischen Laboratoriums für Molekularbiologie in Heidelberg, die die Stuhlproben genetisch untersuchten. Sie hatten dabei Unterschiede zwischen Diabetikern und Nicht-Diabetikern in der Zusammensetzung der Darmbakterien untersucht, die bisher noch nicht mit einem antidiabetischen Medikament behandelt wurden: Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes findet sich dabei neben einer reduzierten Vielfalt an Bakterien, insbesondere ein Rückgang von Bakterien, die kurzkettige Fettsäuren wie Buttersäure oder Propionsäure bilden. Diese Fettsäuren werden vom Darm aufgenommen und vom Körper verwertet. „Dies hat normalerweise einen günstigen Einfluss auf den Blutzucker“, erläutert Professor Günter Stalla, Leiter der Inneren Medizin, Endokrinologie und Klinischen Chemie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie München und DGE-Tagungspräsident. „Der Mangel an diesen Bakterien könnte deshalb die Blutzuckerstörung beim Typ-2-Diabetes verstärken“, fügt der Experte hinzu.

Metformin kann diese Entwicklung nach den Ergebnissen der Analyse teilweise rückgängig machen. „Die Studie zeigt, dass die Behandlung mit Metformin die Produzenten kurzkettiger Fettsäuren im Darm fördert“, so Professor Stalla. Es sei durchaus möglich, dass diese Wirkung im Darm einen Teil der Blutzuckersenkung durch Metformin ausmacht und zu den vielfältigen positiven Wirkungen des Medikaments beiträgt.

Leider fördert Metformin aber auch die Vermehrung von E. coli-Bakterien, was zu Verdauungsbeschwerden führen kann. „Es kommt zu einem Ungleichgewicht der Darmflora, das für die Blähungen und andere Darmbeschwerden mitverantwortlich sein könnte, über die viele Patienten mit Typ-2-Diabetes unter der Behandlung mit Metformin klagen“, so Professor Stalla. „Wir müssen jetzt nach Wegen suchen, um die ungünstigen Auswirkungen von Metformin zu hemmen, ohne die günstige Wirkung zu schwächen.“ Ein denkbarer Weg könnte die Behandlung mit probiotischen Bakterien sein. Diese Bakterien müssten so ausgesucht werden, dass sie die E. coli-Bakterien verdrängen, ohne die Produktion von kurzkettigen Fettsäuren zu behindern. Derzeit sind allerdings keine Mittel bekannt, die dies leisten. Professor Stalla: „Wir hoffen aber, dass wir eines Tages einen Spezial-Joghurt anbieten können, der die Behandlung mit Metformin für alle Patienten verträglich macht.“

Literatur:

Forslund K et al. Disentangling type 2 diabetes and metformin treatment signatures in the human gut microbiota. Nature 2015; 528 (7581): 262-6.
<http://www.nature.com/nature/journal/v528/n7581/full/nature15766.html>



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel



D•A•CH-Tagung 2016

59. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel und Frühjahrestagung 2016 der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie

PRESEMITTEILUNG

Adipositas: Erblisch, hormonell bedingt oder selbstverschuldet? Ursachen des Übergewichts immer von Experten abklären lassen

München, Mai 2016 –Fettleibigkeit, auch Adipositas genannt, ist ein weltweites Gesundheitsproblem. Allein in Deutschland ist ein Viertel der Bevölkerung krankhaft übergewichtig. Mit der chronischen Erkrankung gehen verschiedene gesundheitliche Risiken einher wie Diabetes, Herzerkrankungen, Schlaganfall oder Krebs. Mediziner forschen intensiv an den Ursachen der Fettleibigkeit und betonen, dass gesundes Gewicht keine reine Ernährungsfrage ist. Welche Rolle die Gene und Hormone spielen, was Lebensstil und soziokulturelles Umfeld bewirken und welche Forderungen an die Politik zu richten sind, diskutieren Hormon- und Stoffwechselexperten auf der heutigen Pressekonferenz der DACH-Tagung.

„In den wenigsten Fällen ist eine medizinische Störung die Ursache der Fettleibigkeit“, sagt Prim. Professor Dr. Günter Höfle, Leiter der Abteilung Innere Medizin am Landeskrankenhaus Hohenems und Tagungspräsident und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel (ÖGES). „Die Menschen nehmen einfach viel mehr Kalorien zu sich, als sie verbrauchen“. Dennoch seien gesunde Ernährung und Sport nicht das Allheilmittel für jeden Patienten. „Es gibt Faktoren, die der Patient durch sein Verhalten nicht beeinflussen kann und wir Hormonexperten sollten immer auch andere Ursachen in den Blick nehmen.“ So können zum Beispiel bestimmte Medikamente auf das Gewicht wirken, aber auch Alter, Geburtsgewicht, soziales Umfeld und Gene spielen eine Rolle.

Die Vererbbarkeit von Fettleibigkeit ist hoch. „Wir kennen mindestens 50 genetische Variationen, die das Körpergewicht beeinflussen“, weiß Professor Höfle. Zwillingsstudien haben hier wertvolle Erkenntnisse geliefert. Adoptierte Zwillinge, die getrennt voneinander aufwuchsen, ähnelten in Bezug auf den Body Mass Index (BMI) eher den biologischen Eltern und nicht den Adoptiveltern. Die Gene bestimmen auch, wie viel Energie der Körper im Ruhezustand verbraucht, wie viele Kalorien einer Mahlzeit er in Wärme umsetzt und wie groß sein Bewegungsdrang ist.

„Die Mechanismen, die Adipositas steuern, aufzudecken, ist Aufgabe des Arztes“, sagt Professor Dr. med. Günter Stalla, DGE-Tagungspräsident und Leiter der Inneren Medizin, Endokrinologie und Klinischen Chemie, Neuroendokrino-logische Ambulanz und Andrologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München. Erst wenn das Ursachenbündel bekannt ist, können Arzt und Patient gemeinsam über eine Ernährungsumstellung, angemessene körperliche Aktivität und die Ziele der Gewichtsreduktion befinden. Eine intensive Untersuchung, bei der neben Größe und Gewicht auch Blutdruck, Bauchumfang, Blutzuckerspiegel, Schilddrüsenwerte und weitere Hormone gemessen werden, bildet die Basis der Abklärung, weiß der Endokrinologe. Je nach Situation können weitere Untersuchungen notwendig werden.

Darüber hinaus sollte auch auf politischer Ebene gehandelt werden, sind sich die Experten einig.

„Die Kosten für die Behandlung von Adipositas und deren Folgeerkrankungen könnten das Gesundheitssystem auf eine schwere Belastungsprobe stellen“, ergänzt Professor Stalla „Ob Steuern auf Softdrinks oder Werbeverbot für Süßigkeiten – die Politik hat Handlungsspielräume. Wir alle können Forderungen für einen gesünderen Lebensstil unterstützen.“

Literatur:

Prim. Prof. Dr. Günter Höfle, Redemanuskript DACH-Tagung-Pressekonferenz, 26.05.2016

Bei Adipositas abklären:

- Essverhalten (Alimentäre Adipositas)
- „Positive“ Kalorienbilanz = zu viel Kalorien bei zu wenig Kalorienverbrauch
- Sozialisierung, Nahrungsmittelangebot und Lebensstil
- Genetische Ursachen
- Erkrankungen und Medikamente als Ursache (sekundäre Adipositas) wie z.B.
 - Polyzystisches Ovar-Syndrom (PCOS).
 - Morbus Cushing (Hypercortisolismus)
 - Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
 - Testosteronmangel bei Männern (hypogonadotropher Hypogonadismus)
 - Psychische Erkrankungen wie z.B. Depression oder Angststörungen
 - Essstörungen wie z. B. Bulimie oder Binge-Eating
- Medikamenteneinnahme
 - Antihistaminika = Medikamente gegen Allergien
 - Psychopharmaka wie z. B. Antidepressiva
 - Dauerhafte Kortisoneinnahme
 - Antidiabetika wie z. B. insbesondere Wirkstoffe wie Glibenclamid, Glimepirid, Nateglinid und Repaglinid
 - Blutdruckmedikamente wie z.B. Betablocker
 - Antiepileptika wie z. B. Valproinsäure und Carbamazepin
 - Migränemedikamente wie z. B. Pizotifen, Flunarizin oder Cinnarizin

Leidensdruck und Risiken für Patienten steigen Die Patientenorganisation Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V. sieht die Ausdünnung der Endokrinologie mit großer Besorgnis. Bereits 2011 massiv gewarnt.

München, Mai 2016 – Auch das Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen warnt eindringlich vor dem weiteren Abbau der endokrinologischen Versorgung in Deutschland. Dieser Abbau wurde im März dieses Jahres in einem gemeinsamen Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, Hormone und Stoffwechsel (DGE) massiv kritisiert. Das Netzwerk, eine Patientenorganisation für seltene endokrinologische Krankheitsbilder mit circa 2 700 Mitgliedern, schließt sich dem in vollem Umfang an. In diesem Zusammenhang verweist die Organisation darauf, dieses drängende Problem schon im Jahr 2011 umfassend thematisiert zu haben.

Bereits für die Gründung der Patientenvereinigung Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V. im Jahr 1994 spielte es eine große Rolle, dass Betroffene endokrinologischer Erkrankungen massiv von einer höchst mangelhaften Versorgungslage betroffen sind. Dies führt nicht nur häufig zu langen Wartezeiten und weiten Anfahrtswegen für Termine bei spezialisierten Endokrinologen. Höchst problematisch ist in dem Zusammenhang auch, dass Allgemeinmediziner und Internisten aus diesen Gründen oft höchst zurückhaltend sind, bei Verdachtsfällen zum Endokrinologen zu überweisen. Die Symptome seltener endokrinologischer Erkrankungen wie Morbus Addison, Morbus Cushing, MEN 1 (multiple endokrine Neoplasie Typ 1), Diabetes insipidus und Akromegalie sind oft unspezifisch und schwer einzuordnen. Ganz eindeutige Verdachtsmomente treten für nicht spezialisierte Ärzte selten auf. Dabei ist zu bedenken, dass viele dieser Krankheitsbilder unbehandelt massive gesundheitliche Störungen bis hin zum Tod bewirken. Eine möglichst frühzeitige fachgerechte Diagnose und eine entsprechende Behandlung sind deshalb von großer Bedeutung.

Im Jahr 2011 warnten sowohl die DGE als auch das Netzwerk nachhaltig vor der immer weiter fortschreitenden Ausdünnung der endokrinologischen Versorgung. Im Ausland, beispielsweise in Frankreich und Italien, ist diese oft wesentlich besser gewährleistet. Das Netzwerk legte in seiner Mitgliederzeitschrift GLANDULA Fragebögen zur Versorgungslage bei. Eine Auswertung von circa 250 Bögen zeigte, dass kritische, häufig auch besorgniserregend kritische Stimmen deutlich überwogen. Unter den Einsendern betrug die Durchschnittsdauer von den ersten Symptomen bis zur korrekten Diagnose fast sechs Jahre. Manche Betroffene empfanden bereits eine Dauer von sechs Monaten als quälend lange, was bei schweren Symptomen nicht verwundert. Der durchschnittliche Weg bis zum nächsten Endokrinologen lag für die einfache Strecke bei weit über 50 Kilometern.

Zu einer positiven Trendwende kam es seitdem leider nicht, sondern im Gegenteil zu einer weiteren Verschlechterung. Insbesondere den auch im Positionspapier dargelegten Stellenabbau und die Schließung endokrinologischer Abteilungen in Kliniken sieht das Netzwerk ebenfalls äußerst kritisch. In den

letzten Jahren haben außerdem viele endokrinologisch tätige Professoren ihre Arbeitsplätze an Universitätskliniken von sich aus aufgegeben. Die Ausdünnung der klinischen Endokrinologie hat unweigerlich einen Abbau qualifizierter Ausbildungsstellen zur Folge. Ausreichend vorhandene qualifizierte Ausbildungsstellen sind für eine flächendeckende Versorgung unerlässlich. „Wir betrachten diese immer weiter fortschreitende Ausdünnung mit größter Besorgnis“, so Helga Schmelzer, 1. Vorstand des Netzwerks Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen und MEN-1-Patientin. „Ein Gegensteuern der politisch Verantwortlichen sehe ich im Sinne Betroffener als unerlässlich an.“

– Bei Abdruck Beleg erbeten. –

Pressekontakt für Rückfragen:

Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V.
Christian Schulze Kalthoff
Waldstraße 53
90763 Fürth
Telefon: 0911 9792009-0, 0176-34 61 66 84
E-Mail: schulze-kalthoff@glandula-online.de

Ausblick auf die Kongress-Highlights der D•A•CH-Tagung von DGE, ÖGES und SGED

Professor Dr. med. Günter Stalla, Tagungspräsident DGE, Leiter der Inneren Medizin, Endokrinologie und Klinischen Chemie, Neuroendokrino-logischen Ambulanz und Andrologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Erstmals veranstalten die endokrinologischen Fachgesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz eine gemeinsame D•A•CH-Tagung. Direkt im Anschluss beginnt der European Congress of Endocrinology „ECE 2016“ back-to-back im ICM München. Im Rahmen der D•A•CH-Tagung, mit mehr als 800 Kongressteilnehmern und 420 Teilnehmern in Zusatzkursen (Prä-Symposium Reproduktion: 100, Endokrinologiefortbildung für Allgemeinärzte und Internisten: 150, Europäischer Workshop-ETEC: 170), werden alle Bereiche der Endokrinologie abgedeckt. Ein spezielles Augenmerk richtet sich auf die aktuellen Entwicklungen und neuen wissenschaftlichen Ansätze in der Behandlung der großen Volkskrankheiten, die wiederum eine Vielzahl von Folgeerkrankungen nach sich ziehen. Als Volkskrankheiten bewertet werden nichtepidemische Krankheiten, die aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen sozial ins Gewicht fallen. Wie kein anderes Fach in der Medizin identifiziert sich die Endokrinologie wissenschaftlich und klinisch mit einer Vielzahl von Erkrankungen, deren Wichtigkeit aus den aktuellen epidemiologischen Daten aus Deutschland hervorgeht.

Übergewicht gehört zu den größten Gesundheitsproblemen hierzulande. Gemäß DEGS-Studie des Robert-Koch-Instituts sind 67,1 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen übergewichtig mit einem BMI über 25 kg/qm. Adipös mit einem BMI über 30 kg/qm sind 23,3 Prozent der Männer und 23,9 Prozent der Frauen. Noch besorgniserregender ist die Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen. In Deutschland haben gemäß der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren Übergewicht, das bedeutet 1,9 Millionen übergewichtige Kinder und Jugendliche. Verglichen mit den Referenzwerten von 1985 bis 1999 liegt ein Anstieg um 50 Prozent vor. Rund 6 Prozent (800.000) der Kinder und Jugendlichen sind sogar adipös, was einer Verdopplung gegenüber den Referenzwerten von 1999 entspricht.

Aber auch andere Erkrankungen mit hormoneller Ursache sind in Deutschland weit verbreitet. So sind fünf Millionen Menschen von Osteoporose betroffen. Die meisten Patienten sind Frauen, über 50 Jahre. Jeder dritte Erwachsene in Deutschland hat nachweislich eine Struma und/oder einen Knoten in der Schilddrüse. Störungen der Schilddrüsenfunktion führen zu ca. 100 000 Operationen und 60 000 Radiojodtherapien pro Jahr. Laut Deutschem Gesundheitsbericht 2016 leiden 7,6 Mio. Menschen (inkl. Dunkelziffer) an Diabetes mellitus. Weltweit gehört Deutschland damit zu den zehn Ländern mit der höchsten absoluten Anzahl an Menschen mit Diabetes.

Der Endokrinologe ist aber auch Spezialist für seltenerer Erkrankungen wie endokrine Hochdruckformen, Geschlechtsentwicklungsstörungen, Transsexualität, Erkrankungen der Hypothalamus-Hypophysen-Achse, neuroendokrine Tumoren, Karzinome endokriner Drüsen, Fertilitätsstörungen des Mannes, Zyklusstörungen der Frau und vieles mehr.

Trotz dieser bekannten Zahlen und klinischen Probleme verkleinern immer mehr Krankenhäuser aus Kostengründen ihre Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin drastisch. Insbesondere spezialisierte Einrichtungen für Diabetes, Hormon- und Stoffwechselkrankheiten fallen dem Rotstift zum Opfer – zum Schaden der Patienten. Denn der Bedarf an gut ausgebildeten Endokrinologen ist so groß wie nie, Wartezeiten in den etablierten Einrichtungen sind mehr als 3 Monate. Unsere Aufgabe ist es, die

beteiligten Regulationssysteme und die Ursachen von Hormon- und Stoffwechselstörungen weiter aufzuklären und therapeutische Ansatzpunkte zu identifizieren. In unserer klinischen Routinearbeit diagnostizieren und therapieren wir alle diese Erkrankungen. Der Endokrinologe ist zudem ein interdisziplinärer Berater und Koordinator für die Prophylaxe und Therapie in einer Medizin, die zunehmend spezialisierter wird bei begrenzten Ressourcen.

Als Organisatoren der D•A•CH-Tagung haben wir uns zum Ziel gesetzt alle Themen sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch praxisrelevant und interdisziplinär zu debattieren. Daher beinhaltet das translationale Programmkonzept eine Kombination aus klinischen und naturwissenschaftlichen Fachvorträgen, spezifischen Fortbildungen und Meet-the-Expert-Sitzungen für Kliniker und Wissenschaftler sowie eine „Praktiker“-Fortbildung, die sich auch an Nicht-Endokrinologen richtet.

In diesem Jahr werden so viele Preise wie nie zuvor an Ärzte, Wissenschaftler, Studenten und Endokrinologie-Assistent(inn)en verliehen (8 DGE-Wissenschaftspreise: Schoeller-Junkmann-Preis, Novartis-Preis „Junge Endokrinologie“, Von Basedow-Preis, Pfizer Young Investigator Fellowship, Ernst-und-Berta-Scharrer-Preis, Von Recklinghausen-Preis, Bruno Allolio-Preis, Endokrinologie-Assistent(inn)en-Preis; 10 Posterpreise; 1 YARE Promotionspreis und 4 Reisekostenstipendien sowie 7 ÖGES-Wissenschaftspreise).

Die Teilnahme junger Wissenschaftler wird besonders gefördert durch die Vergabe von 173 DGE-Reisekostenstipendien

Zur Integration von Flüchtlingen in medizinische Arbeitsbereiche hat die DGE bereits 2015 eine Initiative gestartet und Spenden zur Finanzierung von Fortbildungen und Stellen gesammelt. In Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit konnten 15 Fachkräfte aus dem medizinischen Bereich zur D•A•CH-Tagung eingeladen werden, sie werden von einzelnen Kollegen individuell begleitet.

Zu den wissenschaftlichen Kongress-Highlights der D•A•CH-Tagung zählen sicher die interdisziplinären Symposien (Satelliten-Symposium Reproduktion und Hormone, gemeinsames Symposium mit der DGKED) und die Berthold-Lecture, die mit der Auszeichnung für den argentinischen Biologen Prof. Dr. Eduardo Arzt für herausragende Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Neuroendokrinologie verbunden ist.

Aus der Rekordzahl 237 eingereichter Abstract-Beiträge wurden 18 als Kurzvorträge ausgewählt, die innerhalb der Hauptsymposien präsentiert werden.

Besonders hinweisen möchte ich auf die Vorträge zu den Themen:

- Spontan oder erblich: neue Erkenntnisse zur Entstehung von Hypophysentumoren (Freitag, 27.05.16, Symposium Hypophyse: 09:05 - 11:05 Uhr).
- Schilddrüsenkarzinom: erste Erfahrungsberichte zu 2 neu zugelassenen Medikamenten (Freitag, 27.05.16, Symposium Schilddrüse: 09:05 - 11:05 Uhr).
- Wie hormonelle Kommunikationsstörungen zwischen Darm und dem Gehirn dick machen (Freitag, 27.05.16, Symposium Neuroendokrinologie: 16:50 - 18:50 Uhr).

- Hormonprodukte der Zukunft: neues aus der Forschung, z. B. Blockade des CGRP-Rezeptors – eine neue Behandlungsmöglichkeit bei Migräne? (Freitag, 27.05.16, Symposium Hormonprodukte: 16:50 - 18:50 Uhr)
- Nebennierentumore: Fortschritte bei der Erkennung und Behandlung (Samstag, 28.05.16, Symposium Nebenniere: 08:00 - 10:00 Uhr).
- Osteoporose: Was bringen Kalzium-Supplemente und Vitamin D für die Knochengesundheit? (Samstag, 28.05.16, Symposium Knochenstoffwechsel: 08:00 - 10:00 Uhr)
- Neue Erkenntnisse zur Wirkung von Modulatoren von Sexualhormonen (Samstag, 28.05.16, Symposium Reproduktion: 13:15 - 15:15 Uhr).
- Kleinste Mengen, große Wirkung: Die Bedeutung von Spurenelementen für die Funktion von endokrinen Organen (Samstag, 28.05.16, Symposium Spurenelemente: 13:15 - 15:15 Uhr).

Alle Veranstaltungen finden in den Tagungsräumen des Holiday Inn Hotels in 81669 München, Hochstr. 3, statt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, Mai 2016

Der eine fett, der andere nicht: Welche Mechanismen steuern Adipositas?

Primarius Professor Dr. Günter Höfle, Tagungspräsident und Präsident der ÖGES, Leiter der Abteilung Innere Medizin am Landeskrankenhaus Hohenems

Adipositas (Fettleibigkeit) ist eine chronische Erkrankung mit zunehmender Prävalenz, eine „globale Epidemie“. Fettleibigkeit erhöht das Sterberisiko und das Risiko für Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Cholesterinstoffwechselstörung, Herzerkrankungen, Schlaganfall, Schlafapnoe, Krebs und andere mehr.

Prävalenz:

Prävalenz der Fettleibigkeit (BMI ≥ 30 kg/m²):

Deutschland (BMI ≥ 30): 23,3 % der Männer und 23,9 % der Frauen, (v. a. junge Erwachsene)
(2011) BMI ≥ 25 (=übergewichtig oder adipös): 53 % der Frauen, 67,1 % der Männer

USA: BMI ≥ 30 : 34,9 %, BMI ≥ 25 : 68,5 %
(2012)

Ätiologie der Fettleibigkeit (Adipositas)

Viele Faktoren können Fettleibigkeit begünstigen. Allerdings sind bei den meisten fettleibigen Patienten nichtmedizinische Störungen wie sitzender Lebensstil und erhöhte Kalorienzufuhr ursächlich. Auch wenn sekundäre Ursachen ungewöhnlich sind, sollten sie ausgeschlossen werden: neuroendokrine Adipositas, genetische (dysmorphie) Adipositasformen, Medikamente.

Weitere Faktoren sind:

Alimentäre, soziale und verhaltensassoziierte Faktoren (niedriger sozioökonomischer Status, niedriger Ausbildungsgrad), sitzender Lebensstil, Altern, Stopp des Rauchens, niedriges Geburtsgewicht.

Energiebilanz

Die Regulation der Energiehomöostase und des Körpergewichts ist ein komplexer Prozess, welcher durch das zentrale und das sympathische Nervensystem, das Melanocortinsystem, die Nahrungsaufnahme, die Darmhormone, die Darmflora und das Fettgewebe selbst gesteuert wird. Energie wird durch Aktivität und Bewegung verbraucht. Dabei spielt nicht nur die aktive Bewegung eine Rolle, sondern auch die spontane körperliche Aktivität, die zwischen 100 und 800 kcal/Tag betragen kann. Ein sitzender Lebensstil bedeutet wenig Aktivität und geringen Energieverbrauch.

Die Energiezufuhr muss über eine längere Zeit höher sein als der Energieverbrauch. Verschiedene Regulationsmechanismen versuchen, das Gleichgewicht zu halten. Zum Beispiel ist Gewichtszunahme mit erhöhtem Energieumsatz assoziiert, damit die Gewichtszunahme eingebremst wird. Umgekehrt reduziert Gewichtsabnahme den Grundumsatz, damit eine weitere Gewichtsabnahme verhindert wird.

Rolle der Darmflora (Mikrobiota, Mikrobiom, Darmflora)?

Die vorhandenen Darmbakterien könnten einen Einfluss auf das Körpergewicht haben, je nachdem welche Bakterien in welcher Menge vorhanden sind. Effekte auf den Energiestoffwechsel, die (subklinische) Entzündung und eine veränderte Darmpermeabilität werden als mögliche Mechanismen

diskutiert. Studien bei Tieren ergaben Hinweise, dass bestimmte Konstellationen von Darmbakterien die Entwicklung von braunem Fettgewebe (produziert Wärme und verbraucht damit Energie) fördern können. Es ist derzeit aber noch nicht klar, ob die Darmflora einen relevanten Einfluss auf die Fettleibigkeit hat und falls ja, ob sie einen relevanten Beitrag zur Häufigkeit und Zunahme der Fettleibigkeit leistet.

Bedeutung der genetischen Faktoren

Es kann zwischen primären Faktoren unterschieden werden, die Fettleibigkeit anlagemäßig verursachen und sekundären Faktoren, die eine permissive Rolle spielen und mit Umweltfaktoren zusammen Fettleibigkeit verursachen/fördern. Erbliche Faktoren können 30 bis 70 Prozent der Variation der Fettleibigkeit erklären. Es gibt mindestens 50 Gene mit Polymorphismen, die mit Fettleibigkeit assoziiert sind.

Abklärung und Therapie

Vor einer geplanten Gewichtsreduktion ist eine medizinische Untersuchung notwendig.

Individualebene:

Alle, die von einem Gewichtsverlust profitieren würden, sollten eine Beratung über eine zielführende Ernährung, eine angemessene körperliche Aktivität, eine Verhaltensmodifikation und die Ziele der Gewichtsreduktion erhalten. Übergewichtige/Adipöse, die aus medizinischen Gründen kein Gewicht verlieren sollen, würden von einer Beratung zur Prävention einer Gewichtszunahme profitieren.

Ziel: Gewichtsverlust von $\geq 5\%$ (bis 10-15 %) des Körpergewichts

Risikofaktoren evaluieren und behandeln

Bariatrische Chirurgie (= Chirurgie der Fettleibigkeit; für BMI > 40 oder BMI > 35 mit Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus,...)

Intensivierung der medizinischen Adipositasforschung

Verstärkte Nutzung der Maßnahmen auf *Kollektiv-, Politik- und Medienebene.*

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, Mai 2016

Der Insulinfabrik auf der Spur: wo und wie Diabetes entsteht

Professor Dr. Dr. med. Emanuel Christ, Tagungspräsident und Präsident der SGED, Stellvertretender Chefarzt FMH Endokrinologie und Diabetologie sowie Innere Medizin am Inselspital, Universitätsspital Bern

Diabetes mellitus verzeichnet jedes Jahr steigende Zahlen. Weltweit sind heute über 380 Millionen Menschen daran erkrankt. Im Jahr 2030 sollen gemäß Schätzungen der International Diabetes Federation über eine halbe Milliarde Menschen an Diabetes Typ 2 leiden. In der Schweiz sind heute über 430 000 Menschen an Diabetes erkrankt, 40 000 davon an Typ 1.

Diabetes 1 und 2 gemeinsam ist die Tatsache, dass die Insulin produzierenden Beta-Zellen, die in der Bauchspeicheldrüse sind, entweder zugrunde gehen (Typ 1) oder in ihrer Funktion gestört sind (Typ 2). Die wesentlichen Funktionen dieser Beta-Zellen sind Produktion und Ausschüttung von Insulin im Verhältnis zum Blutzucker. Das bedingt, dass die Beta-Zelle neben der Produktion von Insulin auch Blutzucker messen kann. Insulin auf der anderen Seite ist wichtig, damit – nach dem Essen – v. a. Muskel- und Fettzellen Zucker aufnehmen und als Energie verwenden können und – im nüchternen Zustand – die Glukoseproduktion der Leber kontrolliert wird. Unbehandelt kann ein Diabetes Typ 1 zum Tode, ein schlecht eingestellter Diabetes Typ 1 oder Typ 2 zu Lebensqualität einschränkenden Komplikationen führen.

Das Symposium der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie an der D•A•CH-Tagung stellt neue Entwicklungen im Bereich der Beta-Zelle ins Zentrum. Das Symposium beleuchtet verschiedene Mechanismen, welche zur Dysfunktion dieser Zellen führen, stellt eine neue Methode vor, mit der man die Beta-Zelle und ihre Veränderungen im Mausmodell longitudinal verfolgen kann, und zuallerletzt sollen die letzten Entwicklungen der Beta-Zell-Transplantation als mögliche Therapie bei Diabetes mellitus Typ 1 zusammengefasst werden.

Beta-Zelle und Entzündung (Prof. Marc Y. Donath, Basel)

Einige chronisch-entzündliche Krankheiten wie z.B. rheumatoide Arthritis, Schuppenflechte oder Gicht sind mit dem sogenannten „metabolischen Syndrom“ vergesellschaftet. Letzteres ist ein Zusammentreffen von mehreren Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, wie Diabetes mellitus Typ 2, hoher Blutdruck und hohes Cholesterin. Diesen Syndromen liegt Übergewicht mit der assoziierten sogenannten Insulinresistenz zugrunde. Interessanterweise scheint auch die Funktion der Beta-Zelle beim Typ-1- und Typ-2-Diabetes durch entzündliche Prozesse beeinträchtigt zu werden. Prof. M. Donath ist ein renommierter Forscher auf diesem Gebiet und wird in seinen Ausführungen die neuesten Aspekte zwischen Beta-Zelle und Entzündung aufzeigen. Er wird auch mögliche Ansätze einer anti-entzündlichen Therapie für den Erhalt der Beta-Zell Funktion beleuchten.

Beta-Zelle und mikro-RNA (Prof. Romano Regazzi, Lausanne)

Mikro-RNA sind kleine Schnipsel Ribonukleinsäuren. Sie regulieren die Produktion von Eiweißen nach dem Übersetzen einer Erbeigenschaft (Gen) auf die Ribonukleinsäuren. Dabei beeinflusst eine bestimmte mikro-RNA die Produktion von mehreren Eiweißen.

Bestimmte mikroRNA sind auch für die Funktion von Beta-Zellen und damit für das Entstehen von Diabetes mitverantwortlich. Prof. Regazzi aus Lausanne konnte nun zeigen, dass die Bestimmung bestimmter mikro-RNA im Blut von Patienten nicht nur zur frühzeitigen Diagnose von Diabetes führen kann, sondern auch die frühzeitige Aufdeckung von mit Diabetes assoziierten Komplikationen

mit dem Nachweis von bestimmten mikroRNA vergesellschaftet ist. Er wird die neuesten Erkenntnisse im Bereiche Beta-Zelle und mikro-RNA als Marker für Diabetes respektive der assoziierten Komplikationen vorstellen.

Beta-Zelle und Bildgebung

Zur Erforschung der Funktionsweise der Beta-Zelle braucht es eine Bildgebung, die in der Lage ist, repetitiv – und wenn möglich nicht invasiv – die Beta-Zellen und ihre „Infrastruktur“ (z. B. Blutgefäße) zu erfassen. Dies ist Prof. T. Lasser aus der EPFL mittels der sogenannten „Functional Optical Coherence Imaging (FOCI)“ im Mausmodell gelungen. Dabei werden menschliche Beta-Zellen in die vordere Augenkammer einer Maus transplantiert. Diese Beta-Zellen mit ihren Gefäßen können nun über die Zeit verfolgt werden. Dabei können die verschiedenen Mechanismen erforscht werden, die zur Dysfunktion der Beta-Zellen führen. Angedacht sind natürlich auch etwaige therapeutische Interventionen.

Beta-Zelle und Transplantation

Die Heilung des Diabetes Typ 1 war schon immer das Ziel verschiedener Spezialisten im Diabetesbereich. Dabei wurde, als elegante Alternative der Transplantation der ganzen Bauchspeicheldrüse, die alleinige Transplantation der Beta-Zellen vor ca. 20 Jahren erstmals durchgeführt. Der große Vorteil dieser Methode besteht darin, dass diese Beta-Zellen einem Patienten in den Leberkreislauf injiziert werden können und somit keine große Operation nötig ist. Prof. T. Berney aus Genf gehört zu den Pionieren dieser Methode. Er wird die neuesten Erkenntnisse aus diesem Therapieansatz zusammenfassen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, Mai 2016

Fernbeziehung und Kinderwunsch: wie das Schwangerwerden durch „endokrinologisches Timen“ möglich wird

PD Dr. med. Vanadin Seifert-Klauss, Leitende Oberärztin – Poliklinik/Endokrinologie und Leiterin des Osteoporosezentrums, Frauenklinik und Poliklinik am Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

Wenn junge Paare nach Jahren der Ausbildung im Beruf etabliert sind und einen Babysitter bezahlen könnten, kommt für viele eine Zeit, in der Verhütung kein Thema mehr ist. Allmählich weicht die vage Vorstellung, später einmal eine Familie zu haben, der Erkenntnis, dass Kinderwunsch ein eigenes, konkretes Gefühl ist. War die 25-prozentige Wahrscheinlichkeit pro Zyklus, schwanger zu werden eben noch ein unter allen Umständen zu verhinderndes Risiko, so schlägt nun die Statistik umgekehrt zu: 25 Prozent Schwangerschaftschance gelten für Paare, die weitgehend zusammenleben, aber tatsächlich ist der Eisprung – die Ovulation – nur an einem Tag von 28 (im normalen weiblichen Zyklus). Was, wenn man diesen Tag leider immer wieder getrennt verbringen muss? Nicht nur fliegende Partnerschaften (von Luftfahrt-Personal oder Unternehmensberatern), sondern auch Wissenschaftler-Paare an Universitäten, die „nur“ einige Zugstunden voneinander entfernt arbeiten können, sind zeitweise mit einer unter 5-prozentigen Aussicht auf Verwirklichung ihres Kinderwunsches konfrontiert – wenn z. B. der Eisprung leider nicht auf das gemeinsame Wochenende, sondern dummerweise auf den Mittwoch mit den wichtigen Besprechungen fällt. Auf diese Weise können leicht zwei bis vier Jahre vorbeiziehen. Dann wird es plötzlich dringend. Hat man nicht die Möglichkeit, die durchschnittliche 75-Prozent-Schwangerschaftschance in 12 Monaten als zusammenlebendes Paar zu haben, so wäre schon etwas gewonnen, wenn wenigstens die Ovulation vom Mittwoch auf den Sonntag verschoben werden könnte. Mithilfe von einfachen Maßnahmen zur Überprüfung, ob und wann eine Ovulation stattgefunden hat, und ggf. einer kurzzeitigen Hormontherapie ist dies möglich. Neue Daten haben unter jungen Frauen mit normaler Zykluslänge eine Häufigkeit von 12 bis 30 Prozent für das Ausbleiben eines Eisprungs gefunden. Ein Grund mehr diesen unsichtbaren, aber Spuren hinterlassenden Vorgang mehr zu beachten. Das Polyzystische Ovar-Syndrom (PCOS) ist eine vielseitige und sehr wechselnd ausgeprägte endokrinologische Besonderheit, die mit 5 bis 8 Prozent Betroffenen in der weiblichen Bevölkerung relativ häufig ist. Während für PCOS-Patientinnen bekannt ist, dass Ovulationen (Eisprünge) seltener stattfinden, würden die neuen Daten eine zweite, mindestens genauso große Gruppe von jungen Frauen betreffen, die ohne Beachtung und ggf. Beratung zu diesem Thema in 12 Prozent bis 30 Prozent ihrer Zeit vergeblich versuchen, schwanger zu werden. Was kann man tun? Viele Frauen haben direkt nach Absetzen der Pille vorübergehend eine Erhöhung ihres Follikelstimulierenden Hormons (FSH). Diesen „Rebound“-Effekt auszunutzen, kann – z. B. für PCOS-Patientinnen – vorteilhafter sein, als noch eine Weile mit Kondom zu verhüten, denn der FSH-Schub auf die Eierstöcke lässt dann wieder nach. Auf ähnliche Weise kann man mit zweiwöchigen Gestagen-Gaben in der zweiten Zyklushälfte auch die Wahrscheinlichkeit eines Eisprungs im nächsten Zyklus bei Patientinnen mit einem milden PCOS etwas erhöhen. Kalkuliert man nun noch die Durchhaltefähigkeit der Spermien (ca. 3-5 Tage) ein, so kann man mit modernen Methoden der Zyklus-Selbstüberwachung in Kombination mit kompetenter gynäkologisch-endokrinologischer Beratung „den Storch anlocken“.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2016

Welche Ernährung lässt uns länger leben und macht nicht dick?

Professor Dr. med. Andreas Pfeiffer, Direktor Endokrinologie CBF/Campus Benjamin Franklin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Adipositas und Lebensdauer sind eng verbunden, da Adipositas im mittleren Lebensalter ein Hauptrisikofaktor für die Erkrankungen ist, die heutzutage unser Leben bedrohen: Diabetes, Atherosklerose mit den Folgen Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Krebs. Das Gewicht wird durch die Kalorienmenge, die wir essen, bestimmt. Essen ist eine so grundlegende Befriedigung, dass wir es oft angesichts des enormen und attraktiven Angebots nicht kontrollieren können.

Wie können wir deshalb durch eine „kluge“ Auswahl der Nahrungsmittel bei gleichem Körpergewicht gesünder bleiben? Und gibt es nicht auch erbliche, individuelle Unterschiede? Die Evolution hat unseren Stoffwechsel so entwickelt, dass wir nicht verhungern – also möglichst effektiv Vorräte anlegen.

Ist es also wahr, dass Gemüse, Obst und Vollkornbrot gesund sind, Fett und Fleisch ungesund? Nein, so einfach ist das nicht. Es sind bestimmte Komponenten der Nahrungsmittel, die bestimmte Stoffwechselvorgänge steuern: Im Gemüse und Obst finden sich neben den allseits bekannten Vitaminen zahlreiche Mikronährstoffe wie Metalle und Polyphenole sowie Ballaststoffe. Vitamine benötigen wir nur in kleinen Mengen und die gesundheitlichen Wirkungen von Gemüse beruhen auf den übrigen Komponenten.

Fette sind wichtige Komponenten in unserem Essen. Gesättigte Fette haben nachteilige Wirkungen auf Entzündungsvorgänge, Atherosklerose, und Stoffwechsel. Ungesättigte Fettsäuren aus nicht tropischen Ölen schützen eindeutig vor Atherosklerose und Diabetes. Mehrfach ungesättigte Fettsäuren haben zusätzliche schützende Wirkungen gegenüber der einfach ungesättigten Ölsäure im Olivenöl, dessen positive Wirkungen am besten belegt sind. Cholesterin hat für die meisten Menschen kaum gesundheitliche Auswirkungen. Weniger gesättigte Fette aus Butter, Sahne und tierischen Produkten zu essen, ist also sinnvoll und spielt in unserer Ernährung in Nordeuropa eine große Rolle. Fermentierte Fette im Käse könnten eine Ausnahme darstellen.

Protein ist ein wichtiges Thema: In Tierversuchen mit Würmern, Fliegen und Mäusen sind Proteine in bestimmten Konstellationen lebensverkürzend durch eine Stimulation proliferativer Signalwege, die mit den Aminosäuren Leucin und Methionin aus tierischen Proteinquellen in Zusammenhang gebracht werden. Bei Menschen ist die Datenlage dünn. Bei jüngeren Erwachsenen scheint eine hohe Proteinaufnahme das Krebsrisiko durch Aktivierung von Wachstumssignalen zu steigern. Bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres ist eine höhere Proteinzufuhr allerdings mit weniger Krebs verbunden und das Protein schützt dann vor Muskelverlust und Gebrechlichkeit. In unseren Studien mit älteren Diabetikern bedingt eine hohe Proteinzufuhr aus tierischen oder pflanzlichen Quellen eine erhebliche Stoffwechselverbesserung mit Reduktion des Leberfettes, weniger Entzündung und massiver Verbesserung des Fettprofils im Blut.

Ballaststoffe aus Getreide, aber auch Leguminosen (Erbsen, Bohnen, Linsen) zählen zu den stärksten schützenden Komponenten in unserer Nahrung und verlängern das Leben. Mit Ballaststoffen füttert

man vor allem seine Mitbewohner im Darm, das Mikrobiom. Da bleibt viel zu lernen, aber wir sollten erheblich mehr Vollkornprodukte konsumieren.

Kohlenhydrate sind unser Hauptnahrungsmittel und bestehen in Brot, Kartoffeln oder Reis aus einer langen Zuckerkette aus Glukose, der Stärke. Unser Körper verwandelt sie in Fett und kann ein wenig als Glykogen speichern. Glukose ist notwendig für das Gehirn und ein „Supertreibstoff“ im Stoffwechsel und unsere Leber stellt sie selbst her, wenn wir sie nicht essen. Fruktose aus Zucker oder Obst ist in kleinen Mengen kein Problem, in größeren Mengen aber sehr ungünstig, erhöht die Harnsäure, fördert die Fettleber und das Diabetesrisiko. Haushaltszucker ist deshalb ungesund in den heute verbrauchten Mengen. Die beteiligten Stoffwechselwege sind abhängig vom Resorptionsort, da die Zucker Darmhormone freisetzen. Wenn die Zucker erst spät, also im unteren Dünndarm, aufgenommen werden – der berühmte glykämische Index – sind die negativen Wirkungen gering und es werden eher schützende und sättigungsfördernde Hormone freigesetzt.

Eine Nahrung, die also die richtigen Mengen und Arten an Fetten, Kohlenhydraten und Proteinen enthält, kann die Krankheitsrisiken und damit die Lebenserwartung erheblich beeinflussen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, Mai 2016



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.

Die DGE wurde 1964 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.

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, <https://www.facebook.com/dge.hormongesteuert>

Am **17. September 2016** veranstaltet die DGE den **ersten Deutschen Hormontag**. In zahlreichen endokrinologischen Einrichtungen wird es an diesem Tag 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 und Lisa Ströhlein
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-380/ 0711 8931-459
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org
E-Mail: stroehlein@medizinkommunikation.org

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Günter Stalla
Kongresspräsident der DACH-Tagung



Seit 1990 Leiter der Inneren Medizin, Endokrinologie und Klinischen Chemie am Max Planck Institut für Psychiatrie (Endokrinologische Ambulanz, Andrologie) und Forschungsgruppenleiter für Klinische Neuroendokrinologie
1999 Nominierung als Europäisches Trainingszentrum für Endokrinologie und Diabetologie durch das „European Board of Endocrinology and the U.E.M.S.“

Wissenschaftliche Schwerpunkte

- Neuroendokrinologie
- Hypophysenpathologie
- Pharmakologisches Targeting
- Neuroimmun-Endokrinologie
- Traumatische Hirnschädigung
- Epidemiologie endokriner Erkrankungen
- Adipositas, metabolische Störungen
- Geschlechtsentwicklungsstörungen, Transsexualität

Beruflicher Werdegang

1974–1980	Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), München
1980	Approbation
1977–1980	Promotion in experimenteller Endokrinologie, Abschluss mit „summa cum laude“
1980–1983	Postdoc im Labor für Neuroendokrinologie an der LMU, München
1983–1990	Facharztausbildung, Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie an der Medizinischen Klinik Innenstadt der LMU, München
1990	Internist (mit Labordiagnostik und Radiologie)
1991	Endokrinologe und Diabetologe
2004	Androloge

- 1989 Habilitation, Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil. für Innere Medizin
1995 Professor für Innere Medizin
2000 Ruf auf den Lehrstuhl für Innere Medizin mit Schwerpunkt
 Endokrinologie/Diabetologie nach Leipzig, 2001 Rufabwendung

Mitglied in wissenschaftlichen Fachgesellschaften

- 1983 Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
1984 European Neuroendocrine Association (ENEA)
1985 Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie
1987 American Endocrine Society
2005 International Pituitary Society
2007 European Society of Endocrinology

Tätigkeit in wissenschaftlichen Organisationen

- 1997–2003 Sprecher der Sektion Neuroendokrinologie der Deutschen Gesellschaft für
 Endokrinologie (DGE)
1997–2000 Vorstandsmitglied der DGE und Mediensprecher
1998–2003 Vorstandsmitglied der „European Neuroendocrine Association“ (ENEA)
2002 Kongresspräsident der 10. Jahrestagung der ENEA in München
2009–2015 Sprecher der Sektion Neuroendokrinologie der DGE
2009 Berater der NADA (Nationale Anti-Doping Agentur Deutschland)
2011 Tagungspräsident für den 2. Workshop der ENEA in München
2012–2014 Präsident der ENEA
2014–2016 Präsident past der ENEA
2016 Kongresspräsident der D•A•CH -Tagung von DGE, ÖGES und SGED in
 München
2016 Kongresspräsident des 18. European Congress of Endocrinology (ECE) in
 München

Preise:

- 1988 Schöller-Junkmann-Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
 zusammen mit meiner Frau Johanna Stalla
2015 „1. Rolf Gaillard Prize“ der European Neuroendocrine Association for
 outstanding lifetime contribution to the field of Neuroendocrinology

Curriculum Vitae

Primarius Professor Dr. Günter Höfle
Tagungspräsident und Präsident der ÖGES, Leiter der Abteilung Innere
Medizin am Landeskrankenhaus Hohenems

Geboren am 08.02.1964, Bregenz



1982–1988	Medizinstudium, Universität Innsbruck
08/1988	Postgraduate Education at Pacific Presbyt. Medical Center, San Francisco
10–12/1988	Turnusarztausbildung, UKH Bregenz
1989–1990	Forschungstätigkeit am Institut für Pharmakologie, Universität Innsbruck
07/1990	Zertifizierung der medizinischen Ausbildung für die USA (Educational Commission for Foreign Medical Graduates)
1990–1999	Facharztausbildung Innere Medizin und Additivfacharztausbildung Endokrinologie & Stoffwechsel, Klinik für Innere Medizin, Universität Innsbruck
1999–2006	Oberarzt an der Abteilung für Innere Medizin, LKH Feldkirch, Gründung der Endokrinologischen und Osteologischen Ambulanz, LKH Feldkirch Stellvertretender Abteilungsleiter der Abteilung für Innere Medizin, LKH Feldkirch, Akademisches Lehrkrankenhaus
2002	Präsident der Gesellschaft der Ärzte in Vorarlberg
2005–2006	Additivfacharztausbildung Rheumatologie, Universität Bern, Schweiz
seit 2006	Leiter der Abteilung für Innere Medizin, LKH Hohenems
2007–2013	Ärztlicher Direktor, LKH Hohenems
2008	Habilitation in Innerer Medizin, Universität Innsbruck
seit 2014	Gastprofessur an der Medizinischen Universität Wien
seit 2015	Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie & Stoffwechsel

Publikationen und wissenschaftliche Tätigkeit:

Die intensive Arbeit ergab eine Vielzahl an

- Originalpublikationen
- Buchbeiträgen
- Abstracts
- Wissenschaftspreisen
- Vorlesungen
- Teilnahme an Medikamentenstudien
- Posterpreis

Curriculum Vitae

Professor Dr. Dr. med. Emanuel Christ
Tagungspräsident und Präsident der SGED, Stellvertretender Chefarzt
FMH Endokrinologie und Diabetologie sowie Innere Medizin am
Inselspital, Universitätsspital Bern



Personal Detail

Educated near Basel, Switzerland, studies of human medicine in Neuchatel and Basel, final qualification in 1987. Clinical residency in surgical, gynaecology and general internal medicine departments in different Swiss hospitals. Research fellow at St. Thomas' Hospital in London (3 years Endocrinology and Diabetology). Senior Registrar in Diabetology at the University Hospital of Geneva, in General Internal Medicine at the University Hospital in Lausanne (CHUV).

Since 2001 Consultant of Endocrinology, Diabetology and Clinical Nutrition at the Inselspital, University Hospital of Bern, CH-3010 Bern, Switzerland.

Qualifications

1991	MD: "EEG brain mapping listening to word and music", University of Basel
1995	Diploma of General Internal Medicine ("Innere Medizin FMH")
2001	Diploma of Endocrinology and Diabetology
2002	PhD in Clinical Sciences, University of London. "GH/IGF-1 axis and lipoprotein metabolism in adults"
2006	Habilitation (Privatdozent) in Internal Medicine, Endocrinology and Diabetology
2009	Associated Professor in Internal Medicine, Endocrinology, Diabetology and Clinical Nutrition

Clinical Work

Consultant in Endocrinology and Diabetology covering the whole range of endocrinology, diabetology and metabolism. Within this spectrum I have a special interest in pituitary adenoma, neuroendocrine tumours (NET) and metabolism (inherited metabolic diseases).

Research Interest and Grants

Since my fellowship at St. Thomas' Hospital in London I keep an interest in the metabolic effect of growth hormone in adults, in particular the effect on lipid metabolism. Furthermore, as a member of the initial working group of new guidelines for neuroendocrine tumours of the European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) an important research focus lies in this field. In this context, we were the first to investigate GLP-1 receptor imaging in endogenous hyperinsulinemic hypoglycemia. Uninterrupted grants – amongst others – from the Swiss National Foundation since 2003. Since 2014 member of an European project in the framework of rare diseases (FP7, Betacure)

Associations

2004–2012 Member of the committee as President of the scientific committee of the national meeting

2012–2015 President of the Swiss Association for Diabetes and Endocrinology,

Since June 2014 Member of the Committee of the International Society of Endocrinology (representative of the European Society of Endocrinology)

Member of the American Endocrine Society (ENDO-Society)

Member of the European Endocrine Society (ESE)

Member of the European Association of the Study of Diabetes (EASD)

Member of the European Neuroendocrine Tumour Society (ENETS).

Member of the Swiss Association for Diabetes and Endocrinology (SGED/SSSED)

Publications

More than 110 original papers and reviews on PubMed:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Christ+E+%5Bauthor%5D>

Curriculum Vitae

PD Dr. med. Vanadin Seifert-Klauss
Leitende Oberärztin – Poliklinik/Endokrinologie und Leiterin des Osteoporosezentrums, Frauenklinik und Poliklinik am Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München



Beruflicher Werdegang

1981–1988	Medizinstudium in München (LMU), Belfast (Queen's University), San Diego (UCSD), Boston (Harvard)
1989–1990	AIP-Zeit (Frauenklinik der TUM und I. Frauenklinik der LMU München)
1990–1993	Ausbildung in reproduktiver Endokrinologie (IVF-Abteilung, I. UFK, LMU)
1993–1995	Studienkoordinatorin des Münchner Tumorzentrums in der Frauenklinik der TU München, Klinikum rechts der Isar
1996–1999	Facharzt-Ausbildung an der Frauenklinik der TUM
April 1999	Fachärztin für Frauenheilkunde
Juni 1999	Fakultative Weiterbildung (= Schwerpunkt) für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Seit 2001	Oberärztin der gyn. Ambulanz und Leitung der gyn.-endokrinologischen Spezialsprechstunden, Frauenklinik der TU München (Direktorin: Prof. Dr. M. Kiechle)
März 2006	Weiterbildungsbefugnis für gynäkologische Endokrinologie durch die LÄK

Wissenschaftliche Laufbahn

Oktober 1995	Promotion: „Kinetische Untersuchungen zur Aufnahme von konjugierten Steroiden durch Zellen“ (Prof. Dr. Dr. E. Kuss, I. UFK, LMU München)
Juni 2008	Habilitation: „Knochenstoffwechsel in der Perimenopause – endokrinologische und prognostische Aspekte“
Juli 2008	Ernennung zur Privatdozentin, Medizinische Fakultät der TUM
Seit Oktober 2009	Leiterin der Arbeitsgruppe gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Seit Januar 2010	Gründungsleiterin Interdisziplinäres Osteoporose-Zentrums (IOZ) der TUM
Seit 2013	Leiterin Interdisziplinäres Endometriosezentrums (IEZ) der TUM

Veröffentlichungen

Über 100 eingeladene Vorträge, 80 Originalarbeiten, Übersichtsartikel, und Buchbeiträge zu gynäkologisch-endokrinologischen Themen

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Andreas Pfeiffer
Direktor Endokrinologie CBF/ Campus Benjamin Franklin, Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Geboren am 5. April 1953, Frankfurt/Main



Beruflicher Werdegang

1972–1979	Studium der Medizin in Kiel und Freiburg und Montpellier, Frankreich und Philosophie- und Medizinstudium in Freiburg/Breisgau, Deutschland
1980	Approbation als Arzt und Promotion am Institut für Biochemie, Freiburg/Breisgau (Prof. Heinrich) über Östrogenrezeptoren
1979–1981	Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München (Dir. Prof. Dr. A. Herz), Arbeiten über endogene Opioidsysteme und Neuroendokrinologie
1981–1983	National Institute of Health, Bethesda, Maryland. DFG-Stipendium, Arbeiten über neuroendokrine Regulation der Hypophysenhormone
1983–1989	Assistenzarzt, Klinikum Großhadern, LMU München (Prof. Paumgartner)
1989	Facharzt für Innere Medizin
1989	Habilitation für Innere Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität in München
10/1989	Oberarzt der Medizinischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum (Prof. Schatz).
1991	Teilgebietsbezeichnung „Endokrinologie“
1995	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Ruhr-Universität Bochum
1998	Teilgebietsbezeichnung „Gastroenterologie“
Ab 2000	C4-Professur für Innere Medizin der Freien Universität Berlin, Leitung der Abteilung Klinische Ernährung am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam und Direktor der Abteilung für Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin am Campus Benjamin Franklin

Auszeichnungen

1990	Verleihung des Theodor-Frerichs-Preises der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin Thema: „Entstehung von Colonadenomen: Veränderungen eines wachstumsregulierenden Second Messenger Systems“
12/1992	Hermann und Lilly Schilling-Professur, Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, verbunden mit einer Stelle entsprechend C3 für 5 Jahre

2005	Meyer-Schwickerath Vorlesung, Universität Essen
2013	Hippocrates Preis der Griechischen Gesellschaft für Innere Medizin
2014	Berthold-Medaille der DGE

Sonstige Positionen

2012	Kongresspräsident EASD, Berlin
Ab 2011	Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Personalisierte Medizin
2008–2011	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
2006–2008	Vizepräsident (DGE)
2007–2012	Vorsitzender DNSG “Diabetes and Nutrition Study Group” of the EASD (European Association for the Study of Diabetes)
Ab 2006	Vorsitzender Ausschuss Ernährung der DDG
Ab 2005	Mitglied des Kuratoriums der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS)
2005	Tagungspräsident Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Berlin
2003–2010	Sprecher des Beirats Hormontoxikologie – DGE
1999–2004	Sprecher der AG Molekularbiologie und Genetik des Diabetes der DDG

Publikationen und Gutachterbeirat

Autor und Co-Autor von über 350 wissenschaftlich begutachteten Publikationen sowie weiterer Übersichtsartikel, Buchkapitel in Lehrbüchern und Kommentaren

Beratertätigkeiten

Berater für BMBF Roadmap, DFG-Gutachter, Netherlands National Genome Initiative, Forsningsradet Norway, französische Ernährungsinitiative (Centre Européen de Recherche en Nutrition), Forschungsrahmenprogramm der EU in Brüssel, sowie verschiedene biowissenschaftliche und ernährungsorientierte Unternehmen

Forschungsinteressen

Physiologie und Pathophysiologie des Energie- und Substratstoffwechsels mit Schwerpunkt Typ-2-Diabetes mellitus, Adipositas und Insulinresistenz

- Typ-2-Diabetes-Therapie und -Pathophysiologie
- Hormonelle und nahrungsabhängige Regulation des Stoffwechsels (Insulin, Glukagon, GIP und andere GI-Hormone, Growth Hormone – IGF axis)
- Nicht alkoholische Fettleberkrankheit – Mechanismen, Biomarker und Therapie
- Ernährungstherapie zur Behandlung von Stoffwechselkrankheiten
- Genetische und epigenetische Faktoren in metabolischer Regulierung



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Bestellformular Fotos/Abbildungen:

Pressekonferenz anlässlich der D•A•CH-Tagung

59. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), 21. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel (ÖGES) und Frühjahrstagung 2016 der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED)

Termin: Donnerstag, 26. Mai 2016, 12:00 bis 13:00 Uhr

Ort: Holiday Inn München, City Centre, Hochstraße 3, 81669 München

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s)/Abbildung(en) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Günter Stalla
- Primarius Professor Dr. Günter Höfle
- Professor Dr. Dr. med. Emanuel Christ
- PD Dr. med. Vanadin Seifert-Klauss
- Professor Dr. med. Andreas Pfeiffer

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE-Pressestelle

Dagmar Arnold/Lisa Ströhlein

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380/ 0711 8931-459

Telefax: 0711 8931-167

<http://www.dach2016.com>

www.endokrinologie.net

www.hormongesteuert.net

E-Mail: arnold@medizinkommunikation.org

E-Mail: stroehlein@medizinkommunikation.org