Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
56. Symposium, 13. – 16. März 2013, Düsseldorf

Pressekonferenz anlässlich des 56. Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Termin: Mittwoch, 13. März 2013, 12:00 bis 13:00 Uhr
Ort: CCD Congress Center Düsseldorf, Eingang Süd, Raum 15

Themen und Referenten:

Leitung:
Professor Dr. med. Dr. h. c. Helmut Schatz
Mediensprecher der DGE, emeritierter Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum

Professor Dr. med. Michael Roden
Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ), Düsseldorf

Magenverkleinerung, Magenband oder Magenbypass:
Sind Operationen der beste Weg bei Diabetes?
Professor Dr. med. Michael Roden
Wissenschaftlicher Geschäftsführer des *Deutschen Diabetes-Zentrums* (DDZ), Düsseldorf

Erwachsen sein und trotzdem weiterwachsen? Wenn Hände, Füße, Nase und Ohren „wuchern“ – Wie Patienten mit Akromegalie von Krankheits-Registern profitieren
Professor Dr. med. Dr. Christof Schöfl
Vorstandsmitglied der DGE, Leiter der Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum Erlangen

Bluthochdruck trotz Medikamenten? Neue Erkenntnisse zu hormonell bedingter Hypertonie
Professor Dr. med. Felix Beuschlein
Vizepräsident der DGE, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Leiter der Endokrinologischen Ambulanz, Klinikum der Universität München

Chirurgische Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere:
Werden endokrine Organe in Deutschland zu häufig operiert?
Professor Dr. med. Peter E. Goretzki
Tagungspräsident des 56. Symposiums der DGE, Chefarzt der Chirurgischen Klinik I, Lukaskrankenhaus Neuss

Sowie:
Professor Dr. rer. nat. Jörg Gromoll
Präsident der DGE, Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie, Universitätsklinikum Münster

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle DGE
Anna Voormann/Dagmar Arnold
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-984
arnold@medizinkommunikation.org
www.dge2013.de, www.endokrinologie.net

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
56. Symposium, 13. – 16. März 2013, Düsseldorf

Pressekonferenz anlässlich des 56. Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Termin: Mittwoch, 13. März 2013, 12:00 bis 13:00 Uhr
Ort: CCD Congress Center Düsseldorf, Eingang Süd, Raum 15

Inhalt:

Pressemitteilungen

Endokrinologen tagen in Düsseldorf: Hormon- und Stoffwechselstörungen verursachen schwere Erkrankungen

Deutsches Akromegalie-Register deckt Versorgungsmängel auf. Weiterwachsen ist für Erwachsene gefährlich

Endokrinologen fordern Langzeitstudien zur Bariatrischen Chirurgie. Operation bessert Zuckerwerte bei Adipösen

Schilddrüse vergrößert: Nicht jeder Knoten bedeutet Krebs. Viele Operationen in Deutschland vermeidbar

Redemanuskripte

Professor Dr. med. Michael Roden

Professor Dr. med. Felix Beuschlein

Professor Dr. med. Peter E. Goretzki

Aktuelles Statement zu den Spätfolgen von Fukushima

Professor Dr. med. Christoph Reiners

DGE Stellungnahme anlässlich der Reaktorkatastrophe von Fukushima 2011

Weitere Informationen

Einführung: Aufgabenfelder der Endokrinologie von Professor Dr. med. Schatz, Bochum (Power-Point-Präsentation)

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle DGE
Anna Voormann/Dagmar Arnold
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-984
arnold@medizinkommunikation.org
www.dge2013.de, www.endokrinologie.net

56. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
13. März bis 16. März 2013, CCD Congress Center Düsseldorf

Endokrinologen tagen in Düsseldorf:

Hormon- und Stoffwechselstörungen verursachen schwere Erkrankungen

Düsseldorf, 13. März 2013 – Hormonell bedingte Leiden und Stoffwechselstörungen sind für eine Vielzahl schwerer Erkrankungen verantwortlich. Auf dem 56. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) diskutieren Hormon- und Stoffwechselexperten neueste Erkenntnisse zu Volkskrankheiten wie Diabetes, Osteoporose und Schilddrüsenerkrankungen, seltenen Erkrankungen wie angeborenen Krebsleiden sowie Wachstumsstörungen. Außerdem beleuchten sie die in Deutschland hohe Zahl der Operationen an endokrinen Organen kritisch und stellen einen Zusammenhang zwischen Nebennierenerkrankungen und Bluthochdruck her.

Schätzungsweise jeder dritte Erwachsene in Deutschland hat – oft ohne es zu wissen – eine Schilddrüsenerkrankung. Obwohl die Zahl der Schilddrüsenkarzinome in Deutschland nicht höher ist als beispielsweise in Großbritannien, wird hierzulande achtmal häufiger operiert. „Wir müssen uns deshalb fragen, ob die gut 100 000 Schilddrüsenoperationen pro Jahr tatsächlich alle gerechtfertigt sind“, gibt Kongresspräsident Professor Dr. med. Peter E. Goretzki, Chefarzt der Chirurgischen Klinik I, Lukaskrankenhaus Neuss, zu bedenken. „Wir wollen über die Ursachen sprechen und Lösungsansätze finden. Dabei werden wir auch die Rolle von spezialisierten Einrichtungen diskutieren.“

Unter dem Kongressmotto „Endokrinologie – Querschnittsfach der Medizin“ befassen sich die Experten in Düsseldorf auch mit der Volkskrankheit Diabetes mellitus. Insbesondere neueste Erkenntnisse aus der Bariatrischen Chirurgie stehen hierbei im Fokus. Das chirurgische Verkleinern oder Umgehen des Magens hat häufig deutliche Effekte: Der Patient nimmt ab, der Zuckerstoffwechsel reguliert sich, der Diabetes verschwindet. Professor Dr. med. Dr. h. c. Helmut Schatz, Mediensprecher der DGE, Bochum: „Ohne konsequente Nachbetreuung, die beispielsweise die Gabe von Vitaminen und Mineralien vorsieht, kann die Situation für den Patienten lebensbedrohlich werden.“ Auch seien die langfristigen Folgen eines solchen Eingriffs noch nicht umfassend untersucht. Daher stehen

neben den Vor- und Nachteilen verschiedener Verfahren der Bariatrischen Chirurgie die Rolle der Hormone im Magen-Darm-Trakt und die fachübergreifende Behandlung durch Chirurgen, Diabetologen und Psychologen im Fokus des diesjährigen Kongresses.

Ein weiterer Themenschwerpunkt des 56. Symposiums der DGE ist Bluthochdruck: Etwa 25 Millionen Menschen in Deutschland leiden darunter. Neben Alter und Übergewicht zählt Bewegungsmangel zu den häufigen Ursachen. „Doch in etwa zehn Prozent der Fälle kann eine Überproduktion des Nebennierenhormons Aldosteron Auslöser von Bluthochdruck sein“, sagt Professor Dr. med. Felix Beuschlein, Vizepräsident der DGE. Hormonelle Gründe für Bluthochdruck seien insbesondere bei Patienten in Betracht zu ziehen, bei denen sich zunächst keine Ursache finde, meint der Leiter der Endokrinologischen Ambulanz an der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV des Klinikums der Universität München. Daher diskutieren die Endokrinologen auf dem Kongress medikamentöse und operative Behandlungsverfahren bei Nebennierenerkrankungen.

Neben den großen Volkskrankheiten befassen sich die Experten auch mit den eher selteneren Erkrankungen in der Endokrinologie, wie Wachstumsstörungen. „Bei rund 3000 bis 5000 erwachsenen Menschen in Deutschland gibt es eine hormonell bedingte Störung, die Hände, Füße, Ohren, Nase und einige innere Organe weiter wachsen lässt“, erläutert Professor Dr. med. Christof Schöfl, Vorstandsmitglied der DGE und Vorsitzender des Deutschen Akromegalie-Registers. Diese seltene und mit gefährlichen Folgeerkrankungen wie Herzinsuffizienz und Diabetes einhergehende Krankheit heißt Akromegalie und wird operativ oder mit Medikamenten behandelt. „Krankheitsregister spielen für die optimale Versorgung der Patienten ein wichtige Rolle“, erklärt der Leiter der Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Erlangen.

56. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
13. März bis 16. März 2013, CCD Congress Center Düsseldorf

Deutsches Akromegalie-Register deckt Versorgungsmängel auf
Weiterwachsen ist für Erwachsene gefährlich

Düsseldorf, 13. März 2013 – Ein Überschuss an Wachstumshormon verändert bei Erwachsenen nicht nur das Aussehen mit vergrößerter Nase, prägnanten Wangenknochen, überdimensionierten Händen und Füßen, sondern die Hormonstörung Akromegalie schädigt auch innere Organe und kann zu Diabetes und Herzerkrankungen führen. Dennoch erhalten in Deutschland viele Patienten keine ausreichende Behandlung, erklärt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE). Wie Patienten mit Akromegalie von Krankheitsregistern profitieren können, ist Thema auf der heutigen Pressekonferenz der DGE anlässlich ihres 56. Symposiums in Düsseldorf.

Akromegalie ist eine seltene Erkrankung, die in Deutschland etwa 3000 bis 6000 Erwachsene betrifft. Ein gutartiger Tumor der Hirnanhangdrüse bildet bei ihnen zu viel Wachstumshormon. Das führt bei den Erkrankten zur Vergröberung der Gesichtszüge und zur Vergrößerung von Händen und Füßen. Neben diesen äußerlich sichtbaren Veränderungen wachsen aber auch innere Organe wie Herz oder Leber, was mit Störungen verschiedener Organ- und Stoffwechselfunktionen einhergeht. „Oft vergehen fünf bis zehn Jahre, bis die Erkrankung erkannt wird“, berichtet Kongresspräsident Professor Dr. med. Peter E. Goretzki, Neuss. Dabei gibt es Frühzeichen. Wenn Ring-, Handschuh- und Schuhgröße zunehmen, Kopf-, Gelenk-, und Rückenschmerzen oder Zyklus- und Potenzstörungen auftreten, die Zunge sich vergrößert oder die Zahnabstände weiter werden, man vermehrt schwitzt oder schnarcht, kann dies auf Akromegalie hindeuten. Die Therapie der Wahl ist eine operative Entfernung des Tumors, eines sogenannten Hypophysenadenoms.

Das Akromegalie-Patientenregister wurde 2003 gegründet. „Damit wollen wir die Früherkennung fördern und den Patienten bessere Heilungschancen eröffnen“, erklärt der Sprecher des Registers, Professor Dr. med. Christof Schöfl vom Universitätsklinikum Erlangen. Bislang haben 56 Krankenhäuser und Schwerpunktpraxen 1920 Patienten

angemeldet. „Das sind etwa 30 bis 40 Prozent aller Patienten“, schätzt Professor Schöfl, der nun zusammen mit Kollegen eine Auswertung der Daten der ersten 1344 Patienten veröffentlicht hat. Aus ihr geht hervor, dass 89 Prozent der Patienten an der Hirnanhangdrüse operiert wurden. Professor Schöfl: „Etwa 39 Prozent der Patienten hat die Operation geheilt.“ An größeren Zentren waren die Heilungsraten mit 50 Prozent besser als an kleineren. Professor Schöfl leitet daraus ab, dass die Operation an Kliniken erfolgen sollte, die auf diesem Gebiet eine besondere Erfahrung aufweisen.

Neben der Operation setzen Ärzte auch Medikamente und Strahlentherapie gegen Akromegalie ein. Dank der verschiedenen Therapien hat die Mehrzahl der Patienten aus dem Akromegalie-Register heute normale Hormonwerte, berichtet Professor Schöfl. Bei etwa 20 Prozent der Betroffenen werde das Therapieziel jedoch nicht erreicht. Schätzungsweise 25 Prozent aller Betroffenen befänden sich nicht oder in nicht-spezialisierter Behandlung, warnt der Experte. „Akromegalie-Patienten haben ein erhöhtes Sterberisiko. Ohne Behandlung ist ihre Lebenserwartung oft vermindert.“ Welche weiteren Diagnose- und Therapieempfehlungen aus der Auswertung des Akromegalie-Registers folgen, diskutieren die Experten auf der heutigen Pressekonferenz. Weitere endokrinologische Register werden dort ebenfalls vorgestellt.

Literatur:

Schöfl C, Franz H, Grussendorf M, Honegger J, Jaursch-Hancke C, Mayr B, Schopohl J: The participants of the German Acromegaly Register. Long-term outcome in patients with acromegaly: analysis of 1344 patients from the German Acromegaly Register.
European Journal of Endocrinology (2013) 168[Komma/Semikolon] 39–47
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23087126

Homepage des Akromegalie-Registers: www.akromegalie-register.de

56. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
13. März bis 16. März 2013, CCD Congress Center Düsseldorf

Endokrinologen fordern Langzeitstudien zur Bariatrischen Chirurgie
Operation bessert Zuckerwerte bei Adipösen

Düsseldorf, 13. März 2013 –Die Behandlung stark übergewichtiger Menschen mit Typ-2-Diabetes durch Magenverkleinerung, Magenband oder Magenbypass ist in den letzten Jahren häufiger geworden. Verglichen mit herkömmlichen Behandlungsmethoden verbessert sich dadurch der Glukosestoffwechsel bis hin zur völligen Normalisierung. Über Wirksamkeit und Sicherheit dieser Eingriffe bei nicht stark übergewichtigen Diabetespatienten ist jedoch nur wenig bekannt. Auf dem 56. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie diskutieren Experten Vor- und Nachteile der Bariatrischen Chirurgie und welche Patienten hiervon profitieren.

Die Zahl der Menschen mit starkem Übergewicht, auch Adipositas genannt, ist in Deutschland in den letzten Jahren gestiegen. 23 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen gelten als fettleibig. Adipositas ist der wohl größte Risikofaktor für den Typ-2-Diabetes. „Die Zahlen Betroffener werden steigen“, warnt Professor Dr. med. Michael Roden, Direktor der Univ.-Klinik für Endokrinologie und Diabetologie und Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ), Düsseldorf „Das DDZ hat errechnet, dass 2030 allein in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen rund 3,9 Millionen Deutsche an Typ-2-Diabetes erkrankt sein werden.“

Wichtiges Ziel der Diabetesbehandlung ist es, das Körpergewicht zu reduzieren und den Blutzucker zu senken. „Trotz nachweisbarer Erfolge einer gezielten Umstellung der Lebensgewohnheiten und medikamentöser Behandlung rückt bei übergewichtigen Typ-2-Diabetes-Patienten zunehmend die Bariatrische Chirurgie als Alternative zu den konservativen Behandlungskonzepten in den Vordergrund“, erläutert Professor Roden. Dabei gehe es nicht nur um Gewichtsreduktion, sondern zunehmend darum, die Blutglukosewerte zu verbessern und bestenfalls zu normalisieren.

Positive Langzeiteffekte der Bariatrischen Chirurgie sowohl auf das Körpergewicht als auch auf Begleiterkrankungen und Lebensdauer sind schon länger bekannt. Neue Studien zeigen

nun, dass Magenband, Magenbypass (Roux-en Y) und Schlauchmagenbildung nicht nur den Body-Mass-Index (BMI) um etwa die Hälfte bis drei Viertel reduzieren, sondern auch eine Heilung des Diabetes ermöglichen: In der Cleveland-Studie hatten zwölf Monate nach Magenbypass- 42 Prozent und nach Schlauchmagen-Operation 37 Prozent der stark adipösen Patienten keinen Diabetes mehr. Hingegen konnte dieses Ziel bei nur 12 Prozent der mit Medikamenten behandelten Patienten erreicht werden. Ähnliche Ergebnisse liefern andere Studien. Nach mehreren Jahren kehrt jedoch bei einem Teil der Patienten der Diabetes wieder zurück.

Operative Maßnahmen werden daher laut internationaler Leitlinien bei adipösen Personen mit Typ-2-Diabetes und einem BMI von 35 kg/m² oder mehr empfohlen. Andere Studien fanden einen vergleichbaren Erfolg der Magenbypass-OP sogar bei Typ-2-Diabetes-Patienten mit geringer Adipositas (BMI <35 kg/m²). Deswegen wird diskutiert, die BMI-Grenzen für die bariatrische Operation nach unten zu korrigieren und das chirurgische Vorgehen als „metabolische Chirurgie“ zu bezeichnen. Metabolismus bezeichnet den Stoffwechsel, also die Gesamtheit der chemischen Prozesse im Körper.

Die Langezeiterfolge und -folgen seien jedoch noch zu wenig untersucht, sodass eine generelle Empfehlung zur Ausweitung der Operationsindikation zur Therapie des Typ-2-Diabetes noch nicht gegeben werden könne. „Dies muss in Langzeitstudien weiter untersucht werden. Denn die Bariatrische Chirurgie erfordert eine intensive Betreuung der Patienten auch lange nach dem operativen Eingriff“, resümiert Professor Roden. Auf dem Symposium in Düsseldorf stellen Experten aktuelle Studienergebnisse vor und diskutieren über die Vor- und Nachteile der Bariatrischen Chirurgie.

Literatur:

Schauer, Philip R. et al., Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy in Obese Patients with Diabetes, N Engl J Med 2012; 366:1567–-1576, April 26, 2012
http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1200225#t=article

Sjöholm, Kajsa et al., Evaluation of Current Eligibility Criteria for Bariatric Surgery, Diabetes Care, published ahead of print January 28, 2013

http://care.diabetesjournals.org/content/early/2013/01/22/dc12-1395.abstract?sid=2b0bf6f1-d4ee-4091-983f-449e519aabc8

Romeo, Stefano et al., Cardiovascular Events After Bariatric Surgery in Obese Subjects With Type 2 Diabetes, Diabetes Care, December 2012 35:2613–2617
http://care.diabetesjournals.org/content/35/12/2613.abstract?sid=bc218c35-5ac1-4daf-b550-ca4dd6ccb905

56. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
13. März bis 16. März 2013, CCD Congress Center Düsseldorf

Schilddrüse vergrößert: Nicht jeder Knoten bedeutet Krebs
Viele Operationen in Deutschland vermeidbar

Düsseldorf, 13. März 2013 – In Deutschland werden Patienten häufiger an der Schilddrüse operiert als in allen anderen westlichen Ländern. Teilweise geht das zu Lasten von Patienten mit einem durch Jodmangel entstandenen Kropf, die vielleicht nicht hätten operiert werden müssen. Aber die Angst vor einem Schilddrüsenkarzinom in den damit entstandenen Knoten ist hierzulande weitaus größer als im Ausland, betont die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) im Vorfeld ihres 56. Symposiums in Düsseldorf. Daher ist auch die Operationszahl wegen des Verdachts auf einen bösartigen Befund etwa 2 bis 4-fach höher als in den USA und in Großbritannien. Über therapeutische Möglichkeiten bei Schilddrüsenerkrankungen und die notwendige Spezialisierung an Kliniken diskutieren Experten heute auf der DGE-Pressekonferenz in Düsseldorf.

Jedes Jahr werden in Deutschland mehr als 100 000 Schilddrüsen teilweise oder komplett entfernt. „Bezogen auf die Bevölkerung ist die Zahl der Operationen drei bis acht Mal höher als in Großbritannien oder den USA“, berichtet DGE-Tagungspräsident Professor Dr. med. Peter E. Goretzki, Chefarzt am Lukaskrankenhaus Neuss. „Doch Deutsche haben nicht mehr Schilddrüsenkrebs als Briten oder Amerikaner, weshalb wir hierzulande offensichtlich ein Missverhältnis zwischen derzeitigen Operationszahlen und tatsächlich notwendigen Eingriffen haben.“

Die meisten Operationen nehmen Ärzte wegen einer Vergrößerung der Schilddrüse vor, die Spätfolge eines Jodmangels ist. In der vergrößerten Schilddrüse bilden sich häufig Knoten. „Aufgrund der Befürchtung, dass sich daraus Krebs entwickelt, raten Kollegen hier mitunter voreilig zu einer Operation“, erläutert der Tagungspräsident im Vorfeld des 56. Symposiums der DGE in Düsseldorf. Nicht jeder Knoten bedeute jedoch Krebs, meint Goretzki und bemängelt, dass „die Entscheidung für eine Operation mitunter fällt, ohne die diagnostischen Möglichkeiten voll ausgeschöpft zu haben.“

Zudem bieten in Deutschland die meisten Krankenhäuser Schilddrüsenoperationen an – unabhängig von der Expertise der jeweiligen Klinik. Die DGE fordert daher Leitlinien für die Diagnose und klare Regeln für die Entscheidung zur Operation. Auch die Qualität der Operationen müsse überprüft werden, wie Holland und Schweden vorbildlich zeigen. Dort werden die Operationsergebnisse der einzelnen Kliniken stetig überprüft und bilden die Grundlage für die Genehmigung solcher Eingriffe. Eine freiwillige Zertifizierung, die eine leitliniengerechte Behandlung, Forschung und Weiterbildung umfasst, könnte die Qualität von Schilddrüsenbehandlungen in Deutschland künftig deutlich verbessern, meinen die DGE-Experten: „Wichtig für die Qualitätssicherung ist, dass die Entscheidung zur Operation nicht allein vom Chirurgen getroffen wird, sondern in gemeinsamer Absprache mit Endokrinologen, Internisten und Nuklearmedizinern geschieht“, empfiehlt Professor Goretzki. Bei vielen Patienten helfe eine Behandlung mit Jod und Schilddrüsenhormonen oder eine Radiojodtherapie – oft sind sie eine Alternative zur Operation. Über geeignete Behandlungsmethoden, fachärztliche Spezialisierungen und Qualitätssicherung in der Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen diskutieren die Experten heute von 12:00 bis 13:00 Uhr auf der Pressekonferenz in Düsseldorf.

Terminhinweise:

Qualitätssicherung in der endokrinen Chirurgie
Vorsitz: Wolfram Karges, Aachen und Thomas Musholt, Mainz
Termin: Mittwoch, 13. März 2013, 15:15 bis 16:40 Uhr
Ort: CCD Congress Center Düsseldorf, Eingang Süd, Raum 3
Anschrift: Stockumer Kirchstr. 61, 40474 Düsseldorf

Magenverkleinerung, Magenband oder Magenbypass: Sind Operationen der beste Weg bei Diabetes?

Professor Dr. med. Michael Roden, Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ), Düsseldorf

Die bariatrische Chirurgie hat in der Behandlung stark übergewichtiger Personen mit Typ-2-Diabetes in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Verglichen mit konservativen Behandlungsmethoden bieten vor allem Magenverkleinerung und -bypass eine deutlich höhere Aussicht auf eine Verbesserung bis hin zur Normalisierung des Glukosestoffwechsels. Die Wirksamkeit und Sicherheit bei nicht stark übergewichtigen Patienten ist aber noch wenig untersucht.

In Deutschland ist in den letzten Jahren eine Zunahme der Häufigkeit von starkem Übergewicht, ab einem Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 30 kg/m^2 auch Adipositas genannt, zu verzeichnen. Aktuell beträgt sie 23 Prozent bei Männern und 24 Prozent bei Frauen. Adipositas ist der wohl wichtigste Risikofaktor für Typ-2- (früher auch: Alters-)Diabetes. So zeigt eine aktuelle Studie des Deutschen Diabetes Zentrums, dass 2030 allein in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen rund 3,9 Millionen Deutsche an Typ-2-Diabetes erkrankt sein werden (Brinks et al. Eur J Epidemiol 2012).

Neben der Prävention, die schon im Kindesalter ansetzen muss, hat die Reduktion des Körpergewichts zur Senkung der Blutglukose, der Morbidität und der Mortalität vorrangige Bedeutung. Trotz nachweisbarer Erfolge einer gezielten Umstellung der Lebensgewohnheiten und medikamentöser Behandlung rückt zunehmend die bariatrische Chirurgie als Alternative zu den konservativen Behandlungskonzepten in den Vordergrund. Dabei steht nicht nur die Gewichtsreduktion, sondern zunehmend die Verbesserung bis hin zur Normalisierung der Blutglukose im Vordergrund.

Positive Langzeiteffekte der bariatrischen Chirurgie sowohl auf das Körpergewicht als auch auf Begleiterkrankungen und Lebensdauer sind schon länger bekannt. Neue Studien zeigen nun, dass Magenband, Magenbypass (Roux-en Y) und Schlauchmagenbildung (vor allem als Biliopankreatische Diversion) nicht nur den BMI um circa 49–73 Prozent reduzieren (Dixon, Diabetic Med 2011), sondern auch eine Diabetes-Remission („Heilung“) ermöglichen:

In der Cleveland-Studie wurde 12 Monate nach Magenbypass oder Schleifenmagen bei 42 Prozent beziehungsweise 37 Prozent der stark adipösen Patienten die Diabetes-Remission erreicht, jedoch nur bei 12 Prozent der mit Medikamenten behandelten Patienten (Schauer et al. N Engl J Med 2012). In der Rom-Studie erreichten nach 24 Monaten 75 Prozent der Patienten nach Magenbypass und 95 Prozent nach Schleifenmagen, aber kein medikamentös behandelter Patient die Remission (Mingrone et al. N Engl J Med 2012). Eine andere Studie zeigte sogar eine positiven Effekt auf den Verlauf der diabetischen Nephropathie (Dixon et al. JAMA 2008). Bariatrische Maßnahmen werden daher laut internationaler Leitlinien bei adipösen Personen mit Typ-2-Diabetes und einem BMI von 35 kg/m²

oder mehr empfohlen. Andere Studien fanden einen vergleichbaren Erfolg der Magenbypass-OP sogar bei Typ-2-Diabetes-Patienten mit geringer Adipositas (BMI <35 kg/m^2) (Keidar Diabetes Care 2011, Boza et al. Obes Surg 2011, Cohen et al. Diabetes Care 2012). Die gerade erschienene Analyse der Swedish Obese Study (SOS) ergab, dass bariatrische Chirurgie bei Patienten mit geringer Adipositas eine Abnahme der Diabetes-Inzidenz und des kardiovaskulären Risikoprofils bewirkt und bei Patienten mit Typ-2-Diabetes das Herzinfarktrisiko senkt (Sjöholm et al. Diabetes Care 2013, Romeo et al. Diabetes Care 2012). Dies legt nahe, die BMI-Grenzen für die bariatrische Operation nach unten zu korrigieren und das chirurgische Vorgehen als „metabolische Chirurgie“ zu bezeichnen.

Aus Sicht der Endokrinologen sind die anti-diabetischen Effekt von besonderem Interesse. Neben Kalorienreduktion und Gewichtsverlust sind auch Hormone wie vermehrte Glucagon like peptide 1-Sekretion und – wie wir zeigten – die Hemmung der Ghrelin-Sekretion (Hanusch et al. N Engl J Med 2003) an der Verbesserung von Insulinsekretion und -wirkung beteiligt. Die genauen Mechanismen sind aber derzeit weiterhin Gegenstand intensiver Untersuchungen.

Trotz der möglichen Komplikationen der Operationen ist die Mortalität mit circa 0,3 Prozent gering und gegen die Reduktion der Abnahme der Folgen der Adipositas und des Typ-2-Diabetes aufzurechnen. Jedenfalls erfordert die bariatrische Chirurgie ebenso eine intensive Betreuung der Patienten auch nach dem operativen Eingriff, und die Langzeit-Erfolge und -Folgen sind letztlich noch zu wenig untersucht, sodass eine generelle Empfehlung zur Ausweitung der Operationsindikation zur Therapie des Typ-2-Diabetes noch nicht gegeben werden kann.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, März 2013

Genetische Diagnostik soll Behandlung von Bluthochdruck erleichtern

Professor Dr. med. Felix Beuschlein, Vizepräsident der DGE, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Leiter der Endokrinologischen Ambulanz, Klinikum der Universität München

Manche Patienten mit Bluthochdruck versuchen alles, nehmen hoch dosierte Kombinationen verschiedener Blutdruck senkender Medikamente – und dennoch fallen die Werte nicht. Dies gilt etwa für jeden zehnten Hypertonie-Patienten. In solchen Fällen liegt der Hypertonie häufig das Conn-Syndrom zugrunde, ausgelöst durch erhöhte Werte des Hormons Aldosteron. „Diese Hormonveränderung wiederum begründet sich durch eine Erkrankung der Nebennieren“, sagt Professor Felix Beuschlein, der die Endokrinologische Forschung an der Medizinischen und Poliklinik IV des Klinikums der Universität München leitet. Beispielsweise kann in einer der beiden Nebennieren ein gutartiger Tumor wachsen. Ein europäisches Team um den Endokrinologen hat nun in solchen Wucherungen Mutationen in zwei nah verwandten Genen gefunden, die den hormon-bedingten Bluthochdruck verursachen.

Aldosteron ermöglicht dem Körper, Natrium zu sparen – einem Bestandteil des Kochsalzes, dessen Konzentration im Körper die Blutdruckregulation beeinflusst. „Das Hormon sorgt dafür, dass man das Natrium aus dem Kochsalz im Körper behält“, erklärt Beuschlein. Zu viel Aldosteron führt dazu, dass die Nierenzellen übermäßig viel Natrium aus dem Urin zurückgewinnen und umgekehrt Kalium verlieren. Mehr Natrium im Organismus lässt den Blutdruck steigen. Conn-Patienten haben aufgrund dieses Mechanismus entsprechend oft lebensgefährlich hohen Blutdruck und meist auch viel zu niedrige Kalium-Werte im Blut.

Warum? Unter anderem „weil zwei nahe verwandte Gene in den gutartigen Nebennierentumoren der Conn-Patienten mutiert sind“, wie der Experte unterstreicht. Die Forscher haben in ihre Studie neun Betroffene mit ausgeprägtem Bluthochdruck eingeschlossen und das Genom – also die gesamte Erbsubstanz DNA – der Tumorzellen mit dem Genom von Blutzellen verglichen. Aus dem Wust der Daten haben Bioinformatiker in fünf der untersuchten Patienten stets die gleichen Mutationen in den Zellen der Nebennierentumoren entlarvt. Zum einen im Gen für die „Natrium-Kalium-ATPase und im Gen für die Calcium-ATPase. „Beide Enzyme spielen eine wichtige Rolle im Energiestoffwechsel und Salzhaushalt der Zelle“, erklärt Professor Martin Reincke, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV. Sind sie, wie im Fall der mutierten Gene, in ihrer Funktion gestört oder gar ausgefallen, „kommt es zu elektrochemischen Veränderungen, die die Aldosteron-Produktion ankurbeln.“ Interessanterweise sind von den gefundenen Mutationen vor allem, aber nicht nur, Männer betroffen, die zudem schwerer am Blutdruck erkranken.

Felix Beuschlein kann sich vorstellen, dass mittel- bis langfristig Medikamente entwickelt werden, die die Veränderungen in den veränderten Enzymen zielgenau reparieren. Zudem könnte sich aufgrund der neuen Erkenntnisse in einigen Jahren die Diagnostik der Patienten verändern. Den meisten Conn-

Patienten hilft die operative Entfernung des Nebennierentumors; danach fällt der Bluthochdruck auf Normalwerte oder er ist viel leichter mit Medikamenten behandelbar. Noch aber ist im Vorfeld der Operation eine aufwändige Untersuchung mit einem Katheter nötig. Beuschlein: „Vielleicht können wir uns diese belastende Untersuchung für die Patienten dann sparen, indem wir sie genetisch diagnostizieren."

Literatur:

Nature Genetics, doi: 10.1038/ng.2550

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, März 2013

Wird in Deutschland zu viel an der Schilddrüse und anderen endokrinen Organen operiert?

Professor Dr. med. Peter E. Goretzki, Tagungspräsident des 56. Symposiums der DGE, Chefarzt der Chirurgischen Klinik I, Lukaskrankenhaus Neuss

Die Chirurgie endokriner Organe umfasst die Operationen an Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere und endokrinen Tumoren des Gastrointestinaltrakts, des Pankreas und der Lunge respektive des Mediastinums. Während Schilddrüsenoperationen über 100 000-mal pro Jahr in Deutschland vorgenommen werden, machen die Operationen anderer Organe weniger als 20 000 pro Jahr aus. Im Vergleich zu Großbritannien, den USA und anderen westlichen Ländern werden Schilddrüsenoperationen in Deutschland 3–8-mal häufiger vorgenommen und die von gutartigen Nebenschilddrüsenerkrankungen weitaus seltener**.**

Nur teilweise können diese Unterschiede durch die erhöhte Zahl von Strumapatienten in Deutschland im Vergleich zu den umliegenden Staaten und durch die geringere Zahl diagnostizierter Nebenschilddrüsenerkrankungen bei uns (etwa ein Zehntel bis ein Fünftel aller vorhandenen) erklärt werden. Denn zum Teil wird bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen mit Knotenbildung die mögliche Diagnostik nicht voll ausgeschöpft und relativ früh ein chirurgisches Vorgehen empfohlen. Zusätzlich werden Schilddrüsenoperationen in Deutschland in der überwiegenden Mehrzahl der 2000 Krankenhäuser angeboten, unabhängig von der Erfahrung des einzelnen Chirurgen und der Erfahrung der Klinik sowie unabhängig von den Ergebnissen der Klinik mit dieser Operation.

Ein besser strukturierter Ablauf des diagnostischen Vorgehens und eine klare und vielleicht auch restriktivere Indikationsstellung zur Operation wären hier sicher zu empfehlen. So wird zum Beispiel in Holland und Schweden die Kontrolle der Ergebnisse in einzelnen Kliniken stetig überprüft und als Grundlage für die Genehmigung zu solchen Operationen genutzt. Ansätze hierzu stellen die freiwilligen Zertifizierungsmöglichkeiten der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie dar, die zwischen Kompetenz- und Referenz-Zentren (besonders ausgewiesene Zentren) für endokrine Chirurgie des Halses (Schilddrüse und Nebenschilddrüse) und für allgemeine endokrine Chirurgie (des Halses plus der Nebenniere, der Bauchspeicheldrüse und anderer Organe des Bauchraums) unterscheidet.

Eine wichtige Grundlage für die Einschätzung der Notwendigkeit einer Operation stellt die gemeinsame Besprechung jedes zu operierenden Patienten vor einem entsprechenden Gremium dar, dem sowohl Internisten wie auch Nuklearmediziner und Chirurgen angehören sollen. Nur in solch gemeinsam getragenen Gremien wird die Frage nach der Notwendigkeit einer Operation und der Kompetenz der beteiligten Chirurgen sinnvoll beantwortet werden.

Zusammenfassend scheint die Zahl der über 100 000 Schilddrüsenoperationen pro Jahr in Deutschland ohne Verlust an Lebenserwartung und Lebensqualität für die Patienten reduzierbar zu sein, wie dies auch für die Zahl beteiligter Krankenhäuser gilt.

Alle anderen Operationen an endokrinen Organen werden in Deutschland eher seltener als in den umliegenden Ländern vorgenommen. Hier besteht der Verdacht, dass die chirurgischen Möglichkeiten nicht voll ausgeschöpft werden und die notwendige Spezialisierung für solche Operationen in Deutschland weniger fortgeschritten ist als zum Beispiel in den skandinavischen Ländern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, März 2013

Strahlenrisiken der Bevölkerung und medizinische Maßnahmen bei Strahlenunfällen unter Berücksichtigung von Tschernobyl und Fukushima

Professor Dr. med. Christoph Reiners, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Würzburg

Am 11. März 2011 ereignete sich in Nordjapan ein schweres Erdbeben und ein ebensolcher Tsunami. Nach heutigen Schätzungen starben rund 16 000 Einwohner dieser Region infolge der Naturgewalten. Rund 380 000 Einwohner mussten wegen der Zerstörung ihrer Wohnungen und der Infrastruktur evakuiert werden. Infolge des Erdbebens und des Tsunamis kam es zu einem schwerwiegenden nuklearen Unfall in dem Kernkraftwerk Fukushima-Daiichi mit mehreren Radioaktivitätsfreisetzungen in der Zeit vom 12. bis 14. März 2011.

Die 3-km-Zone wurde umgehend evakuiert, im Anschluss daran der Bereich bis 20 km und ab dem 15. März 2011 auch ein zusätzliches Gebiet im nordöstlichen Sektor der 30-km-Zone. Insgesamt beträgt die Zahl der Evakuierten nach den vorliegenden Angaben der Präfektur Fukushima 160 000. Außer der Evakuierung wurden auch andere Maßnahmen des Strahlenschutzes für die Bevölkerung zeitig eingeleitet (wie die Empfehlung zum Verbleiben im Haus, Radioaktivitätskontrollen der Nahrungsmittel und des Wassers, sowie Dosis-und Kontaminationsmessungen bei den Betroffenen). In dieser Hinsicht unterscheidet sich der Fukushima-Unfall deutlich von der Tschernobyl-Katastrophe, bei der entsprechende Maßnahmen – wenn überhaupt – deutlich zu spät durchgeführt wurden. Der gravierendste Unterschied ist, dass die freigesetzte Radioaktivitätsmenge in Fukushima etwa zehn Prozent derjenigen von Tschernobyl beträgt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 28. Februar 2013 Risikoschätzungen aufgrund der Freisetzungen vorgelegt, die für Bewohner der am stärksten von dem Fukushima-Unfall betroffenen, rasch evakuierten 20 km-Zone eine geringe Erhöhung des spontanen Lebenszeitrisikos für Krebs aller Art von etwa 29 auf 30 Prozent ergeben. Nach den Erfahrungen von Tschernobyl ist die Frage des Schilddrüsenkrebs-Risikos bei Kindern besonders kritisch zu betrachten: Hier belaufen sich die Schätzungen der WHO auf eine Erhöhung des Spontanrisikos von 0,75 auf 1,25 Prozent für die Evakuierten der 20 km-Zone.

Obwohl diese Risikobetrachtungen der WHO aufgrund von Schätzungen der Strahlenbelastung als sehr konservativ, das heißt eher im Sinne einer Risikoüberschätzung zu betrachten sind, wurden sie in jüngster Zeit von atomkritischen Organisationen angegriffen. Auf der Grundlage von jetzt vorliegenden individuellen Daten zur tatsächlichen gemessenen Strahlenbelastung ist aber das Risiko für strahleninduzierte Krebserkrankungen noch niedriger anzusetzen. Auf einer Tagung in Fukushima vom 25. bis 27. Februar 2013 wurden Messdaten vorgestellt, die es sehr unwahrscheinlich machen, dass Strahlenschäden in der Bevölkerung überhaupt zu beobachten sein werden.
Diese Feststellung soll nicht davon ablenken, dass der gesundheitliche Zustand eines nicht unerheblichen Teils der evakuierten Bevölkerung – sei es wegen der Natur- oder der Reaktorkatastrophe – alles andere als gut ist, wobei sich vor allem psychische Erkrankungen, Adipositas und Stoffwechselerkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Infektionen häufen.

Düsseldorf, März 2013

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) anlässlich der Reaktorkatastrophe von Fukushima 2011

Stellungnahme zur Jodblockade bei radioaktiven Unfällen

Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

Jod ist ein essenzieller Faktor für die Bildung von Schilddrüsenhormonen (Thyroxin T4 und Trijodthyronin T3). Jod wird über spezielle Transportmechanismen in die Schilddrüse aufgenommen und dort angereichert (circa 40fach gegenüber dem Blut). Für eine normale Schilddrüsenfunktion ist eine ausreichende Jodversorgung erforderlich. Diese liegt bei Erwachsenen entsprechend der Empfehlungen der „World Health Organisation“ (WHO) bei 150 Mikrogramm/Tag (www.who.org).

Bei radioaktiven Unfällen, wie aktuell in Fukushima (Japan) können radioaktive Nuklide freigesetzt werden, unter anderem auch radioaktives Jod, das ebenso wie das mit der Nahrung zugeführte nicht radioaktive Jod, von der Schilddrüse aufgenommen wird. Durch die Zufuhr hoher Mengen radioaktiven Jods, wie sie bei einem größten anzunehmenden Unfall (GAU) freigesetzt werden und unter anderem über die Atemluft oder kontaminierte Lebensmittel in den Körper gelangen können, kann Schilddrüsen-Krebs ausgelöst werden. Besonders gefährdet sind Kinder und Jugendliche; für Erwachsene älter als 40 bis 45 Jahre ist das Risiko sehr gering.

Die Aufnahme von radioaktivem Jod in die Schilddrüse kann durch rechtzeitige Einnahme hoher Mengen nicht radioaktiven Jods effektiv blockiert werden. Diese prophylaktische Maßnahme ist Bestandteil des Katastrophenplans bei radioaktiven Unfällen. Hierzu kommen entsprechend der Empfehlungen der Strahlenschutzkommission in Deutschland beim Erwachsenen Joddosen von 130 mg Kaliumjodid pro Tag (circa 1000faches der erforderlichen täglichen Jod-Zufuhr) zum Einsatz. Der Effekt der sogenannten Jodblockade ist vorübergehend und nur bei einer unmittelbaren Bedrohung durch Aufnahme von radioaktivem Jod mit der Atemluft sinnvoll. Jodblockade soll nicht zum Schutz vor Aufnahme von radioaktivem Jod mit kontaminierter Nahrung verwendet werden; in diesem Falle werden die Behörden dazu auffordern, auf den Verzehr kontaminierter Nahrung zu verzichten. Demgemäß sind 65 mg Jod-Tabletten zur Schilddrüsenblockade nicht frei in der Apotheke erhältlich, sondern werden als Notfallschutzmaßnahme im Katastrophenfall auf Veranlassung der zuständigen Behörden ausgegeben.

Die Jodblockade schützt nicht vor unerwünschten Wirkungen und potentiellen Gesundheitsschäden durch andere radioaktive Stoffe, die bei einem Atomunfall freigesetzt und aufgenommen werden können.

Auch in Anbetracht der Reaktorkatastrophe von Japan ist eine prophylaktische und unkontrollierte Einnahme hoher Joddosen in Deutschland aktuell unbedingt zu unterlassen und für bestimmte

Bevölkerungsgruppen sogar gefährlich. Hierzu zählen Säuglinge und Kleinkinder, bei denen die hohe Joddosis eine Schilddrüsenunterfunktion auslösen kann. Bei älteren Menschen, Patienten mit Schilddrüsenknoten, Kropf und unbekannter Überfunktion der Schilddrüse kann die übermäßige Jodzufuhr durch die Einnahme der Tabletten eine die Gesundheit gefährdende und unter Umständen lebensbedrohliche Überfunktion der Schilddrüse auslösen.

Quellen: www.bmu.de, www.ssk.de, www.jodblockade.de, www.bfs.de

8. April 2011

Einführung:
Aufgabenfelder der Endokrinologie

Helmut Schatz, Bochum

Die Endokrinologie beschäftigt sich mit folgenden Krankheiten, den „Endokrinopathien“,

darunter große Volkskrankheiten (1.-3.) und seltene bis äußerst rare Erkrankungen

---

1.) Schilddrüsenerkrankungen
2.) Osteoporose
3.) Diabetes mellitus = Zuckerkrankheit, Übergewicht, Adipositas
Panhypopituitarismus
Diabetes insipidus = Wasserruhr
Conn-Syndrom = Überproduktion von Aldosteron mit Bluthochdruck
Cushing-Syndrom = Überproduktion von Cortisol
Morbus Addison = Mangel an Nebennierenrindenhormonen
Adrenogenitales Syndrom = Vermännlichung der primären Geschlechtsmerkmale bei Frauen
Akromegalie = übermäßig große (End-)Gliedmaßen und Riesenwuchs
Unterzuckerung, z. B. bei Insulinom
Nebenschilddrüsenerkrankungen
Phäochromozytom
Karzinoid (bösartiger Tumor)
Überschuss oder Mangel an Sexualhormonen zum Beispiel Testosteronmangel, Verweiblichung, Virilismus
Störungen der sexuellen Differenzierung, Transsexualismus

Neue Aufgabenfelder der Endokrinologie I

- Erforschung der Wechselwirkungen von alten und neuen **Botenstoffen,** im Gehirn („Schlafhormon“ Melatonin, „Glückshormon“ Serotonin etc.)
  und in anderen Körpergeweben (Leptin, Adiponektin etc.)

- Kritisch-wissenschaftliches Studium von **„Anti-Aging“** und **„Lifestyle“-**Medikamenten:
  Oxytocin als „Kuschel-“ oder „Vertrauenshormon (auch bei Autismus?) usw.

- Kontrolle und Erforschung der Auswirkungen des ausufernden **Hormon-Dopings**
  Wachstumshormon, Testosteron, Erythropoetin (EPO) usw.

Neue Aufgabenfelder der Endokrinologie II

Einfluss von Umweltfaktoren auf das Hormonsystem

Bisphenole, z. B. in innerer Auskleidung von Konservendosen, Plastikartikeln etc.

Phthalate = „Weichmacher“, bis vor Kurzem in noch vielen Krankenhausartikeln wie Infusionsflaschen etc.

Dr. Maria Neira, WHO´s Director for Public Health and Environment,
19 February 2013, Geneva:

„We urgently need more research to obtain a fuller picture of the health and environmental impacts of endocrine disruptors.“

Hormone plan to neuterise Hitler

LONDON — Some tried bombs to neutralise the Fuhrer, others tried bullets. All failed.

Now it has come to light that British spies looked at an even more audacious way of derailing the man behind the German war machine — by giving him female sex hormones.

Agents planned to smuggle doses of oestrogen into his food to make him less aggressive and more like his docile younger sister Paula, who worked as a secretary.

Spies working for the British were close enough to Hitler to have access to his food, said Professor Brian Ford, who discovered the plot.

He explained that oestrogen was chosen because it was tasteless and would have a slow and subtle effect, meaning it would pass Hitler's food testers unnoticed.

Speaking about the scheme, Ford, a science writer and fellow of Cardiff University, said: "There was an Allied plan that they would smuggle oestrogen into Hitler's food ... so he would become more feminine and less aggressive.

DRUG THERAPY: Oestrogen might have made Hitler less aggressive.

He went on: "There were agents who would be able to get it into his food — it would have been entirely possible."

Because Hitler had tasters, Ford said there was "no mileage to putting poison in his food because they would immediately fall victim to it".

But he went on: "Sex hormones were a different matter."

Paula Hitler was the only one of Adolf's full siblings to survive to adulthood. She worked as a secretary in Vienna in the 1920s, and received financial support from her brother until his suicide in 1945.

After the war she was interrogated by American agents but released, and lived a secluded life until her death in 1960.

The oestrogen plan is outlined in a new book Ford has written called *Secret Weapons: Technology, Science And The Race To Win World War II*.

He said the idea was just one of many strange attempts to bring a swifter end to the war.

Other possibilities included dropping glue on Nazi troops and disguising bombs in tins of fruit being imported to Germany.

They also considered dropping boxes of poisonous snakes on enemy troops.

However, he said a plan for a giant water-borne Catherine wheel full of explosives — dubbed the Great Panjandrum — for an assault on the Normandy coast was the oddest of the lot.

— *Telegraph Group Ltd*

The New Zealand Herald ★ Tuesday, August 16, 2011

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h.c. Helmut Schatz
Mediensprecher der DGE, emeritierter Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bergmannsheil, Ruhr-Universität Bochum

*1937

Beruflicher Werdegang:

Studium der Medizin:

Medizinische Fakultät der Universitäten Graz und Bonn, Studienabschluss 1963, Promotion in Graz

Akademische Laufbahn:

1963/1964	Forschungsaufenthalt am Karolinska-Institut, Stockholm (Professor N. Svartz), Arbeit auf rheumatologischem Gebiet (Stipendiat des Svenska Institutet)
1964–1970	Facharztausbildung an der 2. Medizinischen Universitätsklinik, Wien Facharzt für Innere Medizin (Ärztekammer für Wien) 1969
1970–1976	Zentrum für Innere Medizin an der Universität Ulm (Professor E. F. Pfeiffer) (1970–1972 als A. von Humboldt-Stipendiat)
1973	Habilitation für Innere Medizin
1976–1989	C3-Professor für Innere Medizin am Zentrum für Innere Medizin der Universität Gießen (1. Oberarzt bei Professor K. Federlin)
1981	Teilgebietsbezeichnung Endokrinologie (Hessische Landes-Ärztekammer Frankfurt/Main)
1989–2003	Direktor der Medizinischen Universitätsklinik „Bergmannsheil“ Bochum, Ruhr-Universität Bochum (Lehrstuhl), Emeritierung 2003

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Endokrinologie/Diabetologie: Autoimmunthyreopathien, Insulinbiosynthese
Therapie des Diabetes mellitus, Osteologie, hypophysäre Erkrankungen

Publikationen:

Zehn Bücher (einschließlich vier Auflagen von „Diabetologie kompakt“) über 500 Buchbeiträge und wissenschaftliche Arbeiten.

Ehrungen:

- Ehrenring des Österreichischen Bundespräsidenten
- 1976 Ferdinand-Bertram-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- 1999 Paul-Langerhans-Medaille der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- 2004 Oskar-Minkowski-Medaille der Medizinischen Universität Brelsau/Wrocław
- 2007 Hippokrates-Medaille der International Hippokrates Foundation, Kos
- 2010 Jühling-Medaille der Anna Wunderlich- und Ernst Jühling-Stiftung, DDZ und Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf2010
- Ehrendoktorwürde der Universität für Medizin und Pharmazie Cluj-Napoca, Rumänien (Klausenburg, Siebenbürgen)

- Ehrenmitgliedschaften:
  - Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
  - Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
  - Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Innere Medizin
  - International Society for Prevention of Socially Relevant Diseases, Sofia
- Fellow des All India Institute for Diabetes, Bombay
- HonoraryEditor-in-Chief der Zeitschrift Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes

Funktionen:

1990/1991	Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
1995–2005	Vorsitzender des Ausschusses „Pharmakotherapie des Diabetes mellitus“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
1995	Gründung der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie, Vorsitzender 1995–1999
1995–2005	Editor-in-Chief des offiziellen Organs der DGE und der DDG, Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes, seit 2005 HonoraryEditor-in-Chief
2003–2009	Präsident der Zentraleuropäischen Diabetesgesellschaft – FID – Föderation der Internationalen Donau-Symposien über Diabetes mellitus
2009–2015	Mediensprecher im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
Seit 2003	Niedergelassener Arzt in einer Praxis für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie in Bochum Vertrauensarzt des Versorgungswerkes der Rechtsanwälte in Nordrhein-Westfalen

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Michael Roden
Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ), Düsseldorf

Beruflicher Werdegang:

Professor Roden ist Universitätsprofessor für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten an der Heinrich-Heine-Universität und Direktor der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie des Universitätsklinikums Düsseldorf. Er ist gleichzeitig Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Deutschen Diabetes-Zentrums (Leibniz-Zentrum) und Direktor des Institutes für Klinische Diabetologie. Seit 2009 ist er auch ein Sprecher des Deutschen Gesundheitszentrums für Diabetesforschung (DZD e. V.) und koordiniert die Deutsche Diabetes Studie, die Patienten mit neu erkanntem Diabetes untersucht.

Professor Roden promovierte und erhielt seine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin (1993), Endokrinologie und Stoffwechsel (1997) und Klinische Pharmakologie (2003) in Wien. Als Max-Kade-Fellow forschte er von 1994 bis 1995 an der Yale University, New Haven, Connecticut, und war von 1997 bis 2004 als außerordentlicher Professor und Oberarzt an der Universitäts-Klinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien, tätig. Danach war er Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung (Gastroenterologie, Diabetologie, Nephrologie) und Koordinator des Lehrkrankenhauses Hanusch-Krankenhaus Wien, bevor er im Jahr 2008 nach Düsseldorf berufen wurde.

Roden veröffentlichte mehr als 300 ‚peer-reviewed'-Arbeiten sowie das Buch „Clinical Diabetes Research" unter anderem über die Entwicklung neuer Methoden zur Stoffwechseluntersuchung, Entstehung der Fettsäuren- und Aminosäuren-induzierten Insulinresistenz und die Rolle der Mitochondrienfunktion bei Diabetes. Dafür erhielt er zahlreiche Preise, unter anderem: International Novartis Award USA/Europe (2004), ESCI-Award der European Society for Clincial Investigation (2006), Oskar-Minkowski-Prize der European Association for the Study of Diabetes (EASD, 2006) sowie den Ferdinand-Bertram-Preis (2001) und die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (2012).

Professor Roden ist Associate Editor von *Diabetologia* und *J. Mol. Med.* sowie Editorial Board Member von *Diabetes*, *Endocrinology* und *Am. J. Physiol.* Desweiteren ist er Vorstandsmitglied und Honorary Treasurer der EASD sowie Präsident der Central European Diabetes Association.

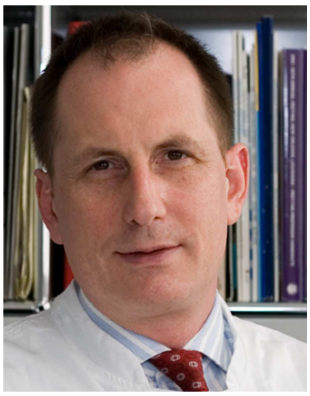
Publikationen:

1 Szendroedi J, Phielix E, Roden M (2011): The role of mitochondria in insulin resistance and type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol* 13:92–103

2 Tremblay F, Krebs M, Dombrowski L, Brehm A, Bernroider E, Roth E, Nowotny P, Waldhäusl W, Marette A, Roden M (2005): Overactivation of the S6 kinase 1 a cause of human insulin resistance during increased amino acid availability. *Diabetes* 54:2674–2684

3 Roden M, Price TB, Perseghin G, Falk-Petersen K, Cline GW, Rothman DL, Shulman GI (1996): Mechanism of free fatty acid induced insulin resistance in humans. *J Clin Invest* 97:2859–2865

Curriculum Vitae



Professor Dr. med. Dr. Christof Schöfl
Vorstandsmitglied der DGE, Leiter der Endokrinologie und Diabetologie,
Universitätsklinikum Erlangen

*1961

Beruflicher Werdegang:

1981–1982	Studium Generale am Leibniz-Kolleg, Tübingen
1982–1989	Medizinstudium in Freiburg, Stanford und London
1989–1990	Arzt im Praktikum an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), Abteilung Klinische Endokrinologie
1991	Promotion mit der Arbeit „Die intrazelluläre freie Kalziumkonzentration in der Adenohypophyse der Ratte: Regulation durch Releasinghormone und Second Messenger“ durch die Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg
1991–1999	Wissenschaftlicher Assistent an der MHH, Abteilung Klinische Endokrinologie
1997	Facharzt für Innere Medizin
1998	Habilitation und Erteilung der Venia legendi für „Innere Medizin“ mit der Arbeit „Die Bedeutung der Vernetzung intrazellulärer Signalwege für die Regulation der Insulinfreisetzung aus pankreatischen β-Zellen“ durch die MHH
1999	Ernennung zum C2-Oberassistenten
1999	Ernennung zum Oberarzt des Zentrums für Innere Medizin der MHH
2000	Facharzt für Innere Medizin – Endokrinologie
2002	Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor an der MHH
2002	Diabetologe Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG)
2004	Ernennung zum C3-Professor für Innere Medizin m. S. Endokrinologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
2005–2006	Stellvertretender Direktor der Abteilung Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
2005	Facharzt für Innere Medizin – Gastroenterologie
11/2006	Ernennung zum W2-Professor für Experimentelle und Klinische Neuroendokrinologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
11/2006–12/2009	Leiter des Schwerpunkts Neuroendokrinologie an der Neurochirurgischen Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

1/2010	Ernennung zum W2-Professor für Endokrinologie und Diabetologie an der Friedrich Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Seit 1/2010	Leiter der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie an der Medizinischen Klinik 1 der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Seit 2007	Vorstandsmitglied des Netzwerks Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V. und Herausgeber der „Glandula“
Seit 2008	Mitglied des Beirats der Akademie für Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Seit 2008	Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) und Mitglied des Vorstands der DGE
Seit 2008	Vorsitzender des Deutschen Akromegalie-Registers

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Felix Beuschlein
Vizepräsident der DGE, Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Leiter der Endokrinologischen Ambulanz, Klinikum der Universität München

*1969

Abschlüsse und Qualifikationen:

29.11.1996	Medizinisches Staatsexamen, Universität Würzburg
16.12.1997	Promotion zum Dr. med. (Prädikat „summa cum laude“), Medizinische Fakultät, Universität Würzburg. Thema: *Untersuchung zur klonalen Zusammensetzung tumoröser und hyperplastischer Raumforderungen der Nebennierenrinde*.
1.7.1998	Approbation als Arzt (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit)
13.1.2004	Anerkennung als Internist (Landesärztekammer Baden-Württemberg)
13.1.2005	Habilitation im Fach Innere Medizin und Ernennung zum Privatdozenten, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Habilitationsschrift: *Differenzierung, Proliferation und Tumorgenese der Nebennierenrinde.*
30.5.2005	Probevortrag auf eine W2-Professur „Endokrinologie und Diabetologie“ an der der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
25.7.2005	Anerkennung der Teilbereichsbezeichnung „Endokrinologie“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg)
1.6.2006	W2-Professur auf Lebenszeit „Endokrinologische Forschung“ an der Ludwigs-Maximilians-Universität München (Ruf am 17.1.2006)

Beruflicher Werdegang:

1997–1998	Arzt im Praktikum, Medizinische Universitätsklinik Würzburg; (Direktor: Professor Dr. Dr .h.c. K. Kochsiek)
7/1998–7/2000 und 8/2002–1/2005	Wissenschaftliche Hochschulassistent an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg, Abteilung II (Direktor: Professor Dr. Dr. h.c. mult. H.E. Blum) und im Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie (Leiter: Professor Dr. M. Reincke)

7/2000–7/2002	DFG-Forschungsstipendium (Emmy Noether Phase I), Visiting Research Fellow, Division of Endocrinology & Metabolism, Department of Internal Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; (Professor Gary D. Hammer, M.D., Ph.D.)
2/2005–5/2006	Funktionsoberarzt, Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, Medizinische Universitätsklinik Freiburg
6/2005–5/2006	Kommissarischer Schwerpunktleiter Endokrinologie und Diabetologie, Medizinische Universitätsklinik Freiburg
Seit 6/2006	Leiter des Schwerpunktes Endokrinologische Forschung an der Medizinischen Klinik Innenstadt, LMU, München

Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Gesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
  - Vorstand (Vizepräsident seit 2011)
  - Sektion Nebenniere, Hypertonie und Steroide der DGE (Beirat, 2006–2011 Vorsitzender)
  - DGE-Junge Forschung aktiv (Gründungsmitglied, Mitglied 1998–2004)
- Endocrine Society (USA)
- European Society of Endocrinology
- European Network for the Study of Adrenal Tumors (ENS@T)

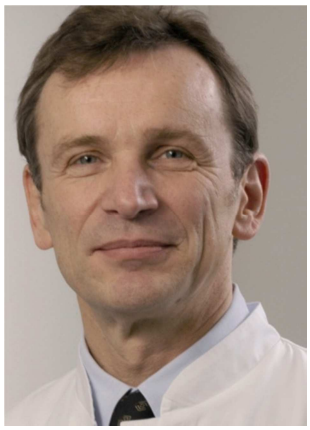
Wissenschaftlich-administrative Tätigkeiten:

1999–2002	Gründungsmitglied und Mitglied des Organisationskomitees der DGE-Junge Forschung aktiv, Organisation jährlich stattfindender Perspektivenkonferenzen für endokrinologische Nachwuchsforscher
Seit 2003	Gründungsmitglied, seit 2004 Beiratsmitglied und 2006–2011 Vorsitzender der Sektion „Nebenniere, Hypertonie und Steroide“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Seit 2007	Mitglied des Steering Committee ENS@T (European Network for the Study of Adrenal Tumors), seit 2008 Vorsitzender
Seit 2008	Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates von Orphanet Deutschland
Seit 2010	Koordinator des FP7-geförderten Konsortiums ENS@T-CANCER
Seit 2010	Jurymitglied der Initiative *Gemeinsam für die Seltenen*
Seit 2011	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
Seit 2012	Mitglied des Research Affairs Core Committee der Endocrine Society
Seit 2012	Mitglied des Executive Committee von Pressor
Seit 2013	Mitglied in der Walter Siegenthaler Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin

Preise und Stipendien:

1995	Posterpreis im Rahmen des 101. Treffen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
1998	Posterpreis im Rahmen des Jahrestreffen der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
1999	Promotionspreis der „Unterfränkischen Gedenkjahrstiftung für Wissenschaft“
2000	Nachwuchsförderung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie für „Molecular and clinical aspects of pathologic growth hormone secretion“
2000	Förderung im Rahmen der ersten Phase des Emmy-Noether Programms der Deutsche Forschungsgemeinschaft I
2002	Marius Tausk Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie für „Steroidogenic Factor 1 is essential for compensatory adrenal growth“
2002	Travel Grant der Endocrine Society für „Chronic elevation of LH in inhibin null mice results in massive ovarian tumors and surprising adrenal atrophy“
2003	Schöller-Junkmann Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie für „Activin prevents luteinizing hormone-dependent adrenocortical tumor formation in inhibin deficient mice“
2005	Merck Senior Fellow Award der Endocrine Society für „Pbx-1 haploinsufficiency impairs adrenocortical growth and steroidogenesis“
2009	Lehrpreis 2009 der Ludwig-Maximilians-Universität München
2013	European Journal of Endocrinology Award

Curriculum Vitae



Professor Dr. med. Peter E. Goretzki
Tagungspräsident des 56. Symposiums der DGE, Chefarzt der Chirurgischen Klinik I, Lukaskrankenhaus Neuss

Medical Education:

Universities of Münster, Berlin and Heidelberg

Activities as approved surgeon: University of Marburg/Düsseldorf (Director: Professor Dr. H.-D. Röher)

2001–present	Chief of surgery Surg. Clinic1, Lukas Krankenhaus, Neuss, Academic University Hospital of Düsseldorf
1994–2001	Vice Director of General Surgery HHU-D

Surgical education:

- Duisburg (Director: Professor Dr. H.-D. Röher)
- University of Mannheim/Heidelberg (Director Prof. Dr. M.Trede)
- University of Marburg (Director: Professor Dr. H.-D. Röher)

Additional clinical education:

- Lung & Thorax Surgery, Heidelberg/HH – Großhansdorf
- Liver & Pancreas Transplantion UKVR-Berlin

1986	Habilitation, University of Düsseldorf
1977	Doctorate, University of Heidelberg

Exams:

1977	State-examination, Heidelberg
1974	American (ECFMG)
1973	Medical pre-examination, Münster

Work experience:

1992–1996	Leader of the endocrine surgical group of German speaking countries (CAEK)
1998–2002	Council member of the IAES (International Association of Endocrine Surgeons)
2004–present	Coordinator of the IAES – postgraduate courses
2008–present	Faculty member for endocrine surgery in the yearly "Chirurgie – update" courses (DGC)
2009–present	President of the Surgical Society of North Rhine-Westphalia (NRW)
2010–present	Board member of the German Society of Endocrinology (DGE) President elect for conference 2013

Scientific experience:

2008–present	Council member "German Neuroendocrine Tumor Registry"
2005–present	Co-leader of cell engineering laboratory, Lukas-Hospital Neuss
2002–present	Co-chairman of the "Insulinoma and GEP Tumor Center" Neuss / Düsseldorf
1992–2001	Leader of the molecular biology laboratory HHU - Surgery, an approved genetic lab. (S1)
1989–1990	Visiting scientist, (Genetic: Thyroid tumors) UCSF (Drs. O. H. Clark, H. Bourne)
1986–1992	Leader of the cell biology laboratory HHU- surgery
1981–1982	Scholarship: Mildred Scheel Stiftung (TSH-receptors) UCSF; (Dr. O. H. Clark)
2013	Congress President of the German Society of Endoclinogy (DGE)

Publications and presentations:

246 publications in peer-reviewed scientific journals

400 speeches and posters in scientific meetings

2006	Harvard post graduate course on thyroid and parathyroid surgery (invited lecturer)
2004	Taiwanese Association of Surgeons-Taipei (visiting professor)
1998	Opponent to thesis of Jan Zedenius, Medical Faculty Kinskoping (visiting professor)
1995	Medical Faculty Karolinska-University, Stockholm
1993	Medical Faculty University Uppsala, Opponent to thesis of Per Hellman
2012	Medical Faculty University Riga, Opponent to thesis of Arturs Ozolins
2013	Invited by Faculty Karolinska-Institut, Stockholm for Opponent

Memberships:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
- Societé Internationale de Chirurgie (International Association of Endocrine Surgeons)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
- European Thyroid Association (ETA)
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Grants:

- E. Heinen Price, Düsseldorf
- H.Wille Price, Düsseldorf

Editorial Boards:

- Editor, Board of “Aktuelle Chirurgie”
- Editor, Board of “Surgical Gastroenterology”
- Editor, Board of “Chirurgie Update”

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz anlässlich des 56. Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Termin: Mittwoch, 13. März 2013, 12:00 bis 13:00 Uhr
Ort: CCD Congress Center Düsseldorf, Eingang Süd, Raum 15

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

- Professor Dr. med. Dr. h. c. Helmut Schatz
- Professor Dr. med. Michael Roden
- Professor Dr. med. Dr. Christof Schöfl
- Professor Dr. med. Felix Beuschlein
- Professor Dr. med. Peter E. Goretzki
- Professor Dr. rer. nat. Jörg Gromoll

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

Bitte an 0711 8931–984 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Pressestelle DGE
Anna Voormann/Dagmar Arnold
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 0711 8931-984
arnold@medizinkommunikation.org
www.dge2013.de, www.endokrinologie.net