



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## Pressekonferenz

anlässlich der **Deutschen Hormonwoche (15. bis 22. September 2018)** der **Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

**Termin: Dienstag, 11. September 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr**

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 1-2

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

## Vorläufiges Programm:

### **Keine Panik bei Hashimoto: Fakten statt Mythen – was Patienten mit dieser Schilddrüsenerkrankung wissen sollten**

*Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Feldkamp*

Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie und Infektiologie, Klinikum Bielefeld, und Mitglied im Beirat der Akademie für Fort- und Weiterbildung der DGE.

### **Hormone, Gene oder doch nur die Energiebilanz? Warum Kinder übergewichtig werden und was wir dagegen tun können**

*Priv.-Doz. Dr. med. Susanna Wiegand*

Bereichsleiterin Adipositas, Interdisziplinäres Sozialpädiatrisches Zentrum, Adipositas-Ambulanz Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V.

### **Anti-Aging durch Hormone – was möglich ist und wo die Medizin an ihre Grenzen stößt**

*Professor Dr. med. Sven Diederich*

Ärztlicher Leiter Medicover Deutschland und Vizepräsident der DGE, Berlin.

### **Stress in Freizeit und Beruf: unterschätzte Auswirkungen auf das Hormongleichgewicht - und was wirklich hilft**

*Professor Dr. med. Jörg Bojunga*

Stellvertretender Klinikdirektor, Leiter Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Frankfurt, und Vizepräsident der DGE, Berlin.

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Thieme Kommunikation, Stuttgart und Berlin

#### Kontakt für Rückfragen:

DGE-Pressestelle

Dr. Adelheid Liebendörfer, Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173/-380, Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: [liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org);

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

[www.endokrinologie.net](http://www.endokrinologie.net); [www.hormongesteuert.net](http://www.hormongesteuert.net)



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## **Pressekonferenz**

anlässlich der **Deutschen Hormonwoche (15. bis 22. September 2018)** der  
**Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

**Termin: Dienstag, 11. September 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr**

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 1-2

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

### **Inhalt:**

**Pressemitteilungen**

**Redemanuskripte**

**Lebensläufe der Referenten**

**DGE Factsheet**

**Ausschreibung Medienpreis der DGE**

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

### **Kontakt für Rückfragen:**

DGE-Pressestelle

Dr. Adelheid Liebendörfer, Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173/-380, Telefax: 0711 8931-167

E-Mail: [liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org); [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)

[www.endokrinologie.net](http://www.endokrinologie.net); [www.hormongesteuert.net](http://www.hormongesteuert.net)



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

### **3. Deutsche Hormonwoche vom 15. bis zum 22. September 2018**

#### **PRESSEMITTEILUNG**

## **Übergewichtige Kinder und Teenager: Nicht immer sind die Hormone schuld Endokrinologen empfehlen: Energiebilanz beachten – weniger essen, mehr bewegen**

**Berlin, 11. September 2018 – Seit Mitte der 1970er Jahre sind weltweit immer mehr Kinder und Jugendliche übergewichtig oder adipös. Auch wenn Gene zu etwa 50 Prozent für Körpergewicht und Fettmasse bei Heranwachsenden verantwortlich sind, erklärt dies nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE) nicht allein die große Anzahl Betroffener in dieser Altersgruppe. Verantwortlich für zu viele Kilos sei vielmehr häufig ein Zuviel an Essen und Trinken in Kombination mit zu wenig Bewegung. Dies führe zu einer sogenannten positiven Energiebilanz. Werde sie regelmäßig – auch nur geringfügig mit 50 Kilokalorien pro Tag - überschritten, mache sie dick. Auf der heutigen Pressekonferenz der DGE in Berlin diskutieren Experten die Ursachen und Präventionsmöglichkeiten von Übergewicht. Dabei nehmen sie auch Hormonstörungen, etwa der Schilddrüse, als mögliche Gründe in den Blick.**

Laut Robert Koch-Institut sind in Deutschland über 15 Prozent der zwischen 3- und 17-Jährigen dick und knapp sechs Prozent von ihnen sogar stark übergewichtig\*.

Der Leidensdruck adipöser Kinder ist immens. Zum einen werden sie häufig sozial ausgegrenzt und gemobbt, zum anderen drohen schwerwiegende Begleiterkrankungen. Übergewicht kann bereits im Kindesalter zu Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes führen sowie Herz-Kreislaufbeschwerden und Haltungsschäden verursachen. „Man schätzt zudem, dass über drei Viertel aller zu schweren Kinder ihr Übergewicht in das Erwachsenenalter mitnehmen werden“, sagt Priv.-Doz. Dr. med. Susanna Wiegand, Bereichsleiterin Adipositas, Sozialpädiatrisches Zentrum für chronisch kranke Kinder an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

„Übergewicht kann auf krankhaften Störungen von Stoffwechsel, Hormonen oder der Psyche beruhen“, so die Expertin. Doch in den meisten Fällen liege die Ursache in einer sogenannten positiven Energiebilanz: „Dem Körper wird mehr Energie zugeführt, als er durch Stoffwechsel und Bewegung verbraucht.“ Aus Zwillings- und Adoptionsstudien wisse man zwar heute, dass die Gewichtsentwicklung von Kindern und Jugendlichen zu etwa 50 Prozent genetisch festgelegt sei. Gene veränderten sich jedoch nur über einen sehr langen Zeitraum. „Deshalb ist die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in den Industrie- und Schwellenländern sicher nicht genetisch, sondern vor allem durch ein verändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu erklären“, formuliert die Kinderendokrinologin. „Bereits eine geringfügige regelmäßige positive

Energiebilanz von täglich etwa 50 kcal pro Tag führt im Grundschulalter zu Übergewicht“, sagt sie. Das Überschreiten des Energiebedarfs sei gerade im Sommer durch zuckerhaltige Durstlöscher schnell erreicht. Schon ein kleines Glas Limonade schlage mit etwa 80 kcal zu Buche. Als Gegenmaßnahme empfiehlt Wiegand, die Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft ist, - neben mehr Bewegung im Alltag - etwa die Bereitstellung von kostenlosen Wasserspendern in Kindergärten und Schulen.

Zur Therapie von Adipositas gehöre nichtsdestotrotz der Ausschluss bestimmter Hormonstörungen, sagt Professor Dr. med. Sven Diederich, Ärztlicher Leiter Medicover Deutschland und Vizepräsident der DGE aus Berlin. Viele Eltern vermuteten insbesondere eine gestörte Schilddrüsenfunktion als Ursache, weil es in der Familie bereits Probleme mit dem Organ gäbe. „Entgegen dieser Erwartung ist eine Unterfunktion der Schilddrüse jedoch extrem selten die Ursache einer Adipositas“, stellt er fest. Welche weiteren Hormone wie Hunger- und Sättigungshormone bei der Entstehung von Adipositas eine Rolle spielen könnten und welche Behandlungsmöglichkeiten es heute gibt, ist eines der Themen auf der Pressekonferenz der DGE am 11. September 2018 in Berlin.

Quellen:

\*Robert Koch-Institut (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle2 und Trends. Journal of Health Monitoring 2018 3(1). DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005. Robert Koch-Institut, Berlin. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM\\_01\\_2018\\_Adipositas\\_KiGGS-Welle2.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Adipositas_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile)

*Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen, dem Stoffwechsel und den Erkrankungen auf diesem Gebiet. Hormone werden von endokrinen Drüsen, zum Beispiel Schilddrüse oder Hirnanhangdrüse, aber auch bestimmten Zellen in Hoden und Eierstöcken, „endokrin“ ausgeschüttet, das heißt nach „innen“ in das Blut abgegeben. Im Unterschied dazu geben „exokrine“ Drüsen, wie Speichel- oder Schweißdrüsen, ihre Sekrete nach „außen“ ab.*

Terminhinweis:

**3. Deutsche Hormonwoche vom 15. bis 22. September 2018**

<https://www.endokrinologie.net/hormonwoche-2018.php>



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

### **3. Deutsche Hormonwoche vom 15. bis zum 22. September 2018**

#### **PRESSEMITTEILUNG**

#### **Wochenbettdepression: Schilddrüsenstörung kann die Ursache sein Endokrinologen raten zum Organcheck**

**Berlin, 11. September 2018 – Depressive Verstimmungen oder Reizbarkeit nach der Geburt – das können Anzeichen einer Wochenbettdepression sein. Möglicherweise ist aber auch eine Störung der Schilddrüsenfunktion die Ursache, die sogenannte nachgeburtliche Hashimoto-Thyreoiditis. Wenn Frauen bis zu einem Jahr nach der Entbindung an diesen neu aufgetretenen Symptomen leiden, sollten sie ihre Schilddrüse überprüfen lassen, rät die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE). Dies gilt besonders für Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft Auffälligkeiten ihrer Schilddrüse gezeigt haben. Die Erkrankung ist gut behandelbar. Auf der Pressekonferenz der DGE am Dienstag, dem 11. September 2018 in Berlin, diskutieren im Vorfeld der 3. Deutschen Hormonwoche Experten über Schwangerschaft, Wochenbett und Empfängnis bei Patientinnen mit einer autoimmun bedingten Unterfunktion der Schilddrüse, der sogenannten Hashimoto-Thyreoiditis.**

Etwa sieben Prozent aller Frauen erkranken nach der Entbindung an einer autoimmun bedingten Funktionsstörung ihrer Schilddrüse. „Oft dauert es lange, bis die Diagnose gestellt wird. Die Symptome wie anhaltende Erschöpfung, Reizbarkeit oder Schlaflosigkeit werden häufig mit der neuen Belastungssituation in Verbindung gebracht und als „Baby-Blues“ fehlinterpretiert“, sagt Privatdozent Dr. med. Joachim Feldkamp, Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie und Infektiologie am Klinikum Bielefeld. Zudem bliebe die Erkrankung häufig lange unentdeckt, da sie keine Schmerzen verursache. Eine nachgeburtliche Hashimoto-Thyreoiditis entwickelt sich aus bisher nicht vollständig geklärten Gründen in einem Zeitraum von etwa sechs bis 52 Wochen nach der Entbindung. „Besonders gefährdet sind Frauen, bei denen schon vor oder während der Schwangerschaft erhöhte Schilddrüsen-Antikörper – sogenannte TPO-Antikörper – festgestellt wurden, also Frauen mit einer Neigung zu Hashimoto oder Morbus Basedow sowie Diabetikerinnen. Ein besonderes Risiko haben auch junge Mütter mit Schilddrüsenenerkrankungen in der Familie“, so der Endokrinologe, der Mitglied im Beirat der Akademie für Fort- und Weiterbildung der DGE ist.

Oft verläuft die Erkrankung in verschiedenen Phasen. Dabei kommt es zunächst zu einer Schilddrüsenüberfunktion mit Nervosität, beschleunigtem Herzschlag und verstärktem Schwitzen. Daran schließt sich häufig eine Phase der Schilddrüsenunterfunktion an, in der die Frauen an

Antriebsschwäche, Lustlosigkeit, unerklärlichen Tränenausbrüchen oder Ängsten leiden. „Ein Bluttest klärt, ob eine Schilddrüsenentzündung vorliegt. Für jede Phase stehen wirksame Medikamente bereit, so dass es den Patientinnen in der Regel schnell besser geht“, sagt Feldkamp. Bei einem Teil der Frauen bildet sich die Erkrankung nach einem Jahr von ganz allein zurück.

„Junge Mütter mit Symptomen einer Wochenbettdepression sollten grundsätzlich hinsichtlich einer Störung ihrer Schilddrüsenfunktion untersucht werden“, betont Professor Dr. med. Sven Diederich, Ärztlicher Leiter Medicover Deutschland und Vizepräsident der DGE aus Berlin. „Leider wird die Störanfälligkeit der Schilddrüse in der Schwangerschaft gerade bei Risikopatientinnen oft unterschätzt und die Funktion des Organs in dieser besonderen Lebensphase nicht routinemäßig überprüft – dies muss sich ändern“, so Diederich. „Eine Schwangerschaft stellt höchste Anforderungen an die Schilddrüse, sowohl was den Jodstoffwechsel als auch die Hormonproduktion betrifft.“ Abweichungen können sich gravierend auf die Gesundheit von Mutter und Kind auswirken.

Was Patientinnen und Patienten mit einer Hashimoto-Thyreoiditis heute wissen sollten, ist eines der Themen auf der heutigen Pressekonferenz der DGE am Dienstag, dem 11. September 2018 in Berlin.

*Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen, dem Stoffwechsel und den Erkrankungen auf diesem Gebiet. Hormone werden von endokrinen Drüsen, zum Beispiel Schilddrüse oder Hirnanhangdrüse, aber auch bestimmten Zellen in Hoden und Eierstöcken, „endokrin“ ausgeschüttet, das heißt nach „innen“ in das Blut abgegeben. Im Unterschied dazu geben „exokrine“ Drüsen, wie Speichel- oder Schweißdrüsen, ihre Sekrete nach „außen“ ab.*

Terminhinweise:

**3. Deutsche Hormonwoche vom 15. bis 22. September 2018**

<https://www.endokrinologie.net/hormonwoche-2018.php>

**Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

**Termin:** Dienstag, 11. September 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1-2

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

[https://www.endokrinologie.net/files/download/pressekonferenz\\_hormonwoche\\_2018\\_programm.pdf](https://www.endokrinologie.net/files/download/pressekonferenz_hormonwoche_2018_programm.pdf)

**Aktueller Programm-Tipp: Donnerstag, 23. August 2018, um 21.00 Uhr auf 3sat**

**Scobel: „Im Takt der Hormone“ mit DGE-Mediensprecher Professor Dr. med. Matthias M. Weber**

<http://www.3sat.de/page/?source=/scobel/197369/index.html>



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

### **3. Deutsche Hormonwoche vom 15. bis zum 22. September 2018**

#### **PRESSEMITTEILUNG**

#### **Dauer-Stress gefährdet Hormongleichgewicht – Erholung oft langwierig Mit Ausdauersport und Hobbys gezielt vorbeugen**

**Berlin, 11. September 2018 – Ob in der Schule, im Beruf oder in der Freizeit: ständige Überforderung und Überreizung können den Körper unter chronischen Stress setzen. Wenn er nicht ausgeglichen wird, droht eine Entgleisung des natürlichen Hormongleichgewichts – mit negativen Auswirkungen auf den gesamten Organismus. Neben Schlafstörungen und Beeinträchtigungen des Denkvermögens gehören auch schwerwiegende Krankheiten wie Depressionen, Bluthochdruck oder Krebs zu den möglichen Folgen. Ist der Stresshormon-Regelkreis erst einmal nachhaltig gestört, kann seine Erholung Monate bis Jahre dauern. Anlässlich der 3. Deutschen Hormonwoche weist die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) deshalb auf die Gefahren von unbewältigtem Dauer-Stress hin. Im Vorfeld der Aktionswoche, die vom 15. bis 22. September 2018 stattfindet, diskutieren Experten auf der heutigen Pressekonferenz der DGE am Dienstag, den 11. September 2018 in Berlin die Ursachen und vielfältigen Folgen von chronischem Stress und wie Belastungen begegnet werden kann.**

Stress ist eine natürliche und zunächst positive Reaktion des Körpers zur Bewältigung von Belastungssituationen. Über eine Aktivierungskette, die vom Hypothalamus, einem Abschnitt des Zwischenhirns, über die Hirnanhangsdrüse bis zu den Nebennieren reicht – die sogenannte Stressachse – bewirkt er die Freisetzung von Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol aus der Nebennierenrinde ins Blut. Diese Hormone helfen dem Körper, den gesamten Organismus mit allen Systemen auf „Angriff“ oder „Flucht“ einzustellen und Höchstleistungen zu erbringen: so steigen Blutzuckerspiegel und Blutdruck, und alle Sinne sind aktiviert.

Chronischer, langanhaltender Stress ohne ausreichende Entspannung führt hingegen zu einer Überlastung des Organismus. „Der Körper läuft ständig auf Hochtouren“, sagt Professor Dr. med. Jörg Bojunga, Vizepräsident der DGE. „Dauerhaft hohe Adrenalin- und Cortisolspiegeln im Blut können deshalb früh zu Schlafstörungen und Depressionen führen.“ Gleichzeitig stören die hohen Stresshormonspiegel die Regelkreise anderer Hormonsysteme im Körper. So habe die chronische Aktivierung der Stressachse eine hemmende Wirkung auf die Produktion der Geschlechtshormone Östrogen und Testosteron. Die Folge: sexuelle Unlust bei Mann und Frau. Frauen leiden zudem unter Zyklusstörungen bis hin zum unerfüllten Kinderwunsch. „Stress kann bei Frauen den Eisprung beeinträchtigen.“ Durch die Verbindungen der Stresshormonachse mit Regelkreisen des

Immunsystems schwäche zu viel Cortisol zudem das Immunsystem. „Dies kann Infekte, Wundheilungsstörungen und Krebs begünstigen“, so Bojunga, stellvertretender Klinikdirektor und Leiter des Schwerpunkts Endokrinologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin der Medizinischen Klinik I am Universitätsklinikum Frankfurt. Zudem wirke sich zu viel Cortisol negativ auf den Stoffwechsel aus und fördere die Einlagerung von ungesundem Bauchfett.

Doch Stress lässt sich nicht immer vermeiden. „Menschen, die häufig einer erhöhten Stressbelastung ausgesetzt sind, sollten deshalb wissen, wie sie damit umgehen, um dennoch gesund zu bleiben“, sagt Professor Dr. med. Sven Diederich, Vizepräsident der DGE und Ärztlicher Leiter Medicover Deutschland. Und nicht jeder reagiere gleich auf chronischen Stress: „Veranlagung, problematische Biographien, etwa Missbrauch in der Kindheit, und aktuell belastende Lebensereignisse begünstigen eine Störung der Stressachse“, ergänzt der Endokrinologe.

Entsprechend können persönliche Lösungsstrategien zur Stressbewältigung sehr unterschiedlich aussehen. „Ihnen gemeinsam ist jedoch, dass jeder Mensch Raum für Auszeiten vom Stress haben muss, um herunterzukommen“, betont Bojunga. Denn sei das System erst einmal gestört, bräuchte es oft lange, bis es sich wieder erholt. Techniken zur Stressprävention und -bewältigung könnten erlernt werden. Zudem empfiehlt er, jede Gelegenheit zur Bewegung zu nutzen – sei es auf dem Weg zur Arbeit und Schule oder beim täglichen Einkauf. „Körperliche Verausgabung in vernünftigem Rahmen baut ganz nebenbei Stresshormone ab.“ Auch die Beschäftigung mit Hobbys senke den Stresspegel und stelle das natürlich Gleichgewicht wieder her.

Auf der Pressekonferenz der DGE am Dienstag, den 11. September 2018 in Berlin diskutieren Endokrinologen neue Erkenntnisse der Stressforschung, über die beteiligten Hormonsysteme und welche vielversprechenden Ansatzpunkte für Prävention und Therapie sich dadurch ergeben. Sie erläutern auch, warum schon bei Kindern die seelische Widerstandsfähigkeit, Resilienz genannt, trainiert werden sollte.

*Endokrinologie ist die Lehre von den Hormonen, dem Stoffwechsel und den Erkrankungen auf diesem Gebiet. Hormone werden von endokrinen Drüsen, zum Beispiel Schilddrüse oder Hirnanhangdrüse, aber auch bestimmten Zellen in Hoden und Eierstöcken, „endokrin“ ausgeschüttet, das heißt nach „innen“ in das Blut abgegeben. Im Unterschied dazu geben „exokrine“ Drüsen, wie Speichel- oder Schweißdrüsen, ihre Sekrete nach „außen“ ab.*



Terminhinweise:

**3. Deutsche Hormonwoche vom 15. bis 22. September 2018**

Weitere Informationen mit Hinweisen auf Veranstaltungen auf der Webseite der DGE:

<https://www.endokrinologie.net/hormonwoche-2018.php>

**Pressekonferenz**

der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) anlässlich der 3. Deutschen Hormonwoche

**Termin:** Dienstag, 11. September 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 1–2

**Anschrift:** Schiffbauerdamm40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

**Programm:**

[https://www.endokrinologie.net/files/download/pressekonferenz\\_hormonwoche\\_2018\\_programm.pdf](https://www.endokrinologie.net/files/download/pressekonferenz_hormonwoche_2018_programm.pdf)

**Fachtagung: Update Endokrinologie, Diabetologie und Lipidologie**

Berliner Eröffnungsveranstaltung der deutschen Hormonwoche

**Termin:** Freitag, 14. September 2018, 14.30 bis 19.00 Uhr

**Ort:** Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Veranstaltungszentrum, Leibniz-Saal

**Anschrift:** Markgrafenstraße 38, 10117 Berlin

**Programm:**

[https://www.endokrinologie.net/files/uploads\\_hormonwoche\\_2018/Programm\\_Berlin\\_Update%20Endokrinologie\\_final.pdf](https://www.endokrinologie.net/files/uploads_hormonwoche_2018/Programm_Berlin_Update%20Endokrinologie_final.pdf)

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Keine Panik bei Hashimoto: Fakten statt Mythen – was Patienten mit dieser Schilddrüsenerkrankung wissen sollten**

Dr. med. Joachim Feldkamp, Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, Infektiologie, Klinikum Bielefeld, und Mitglied im Beirat der Akademie für Fort- und Weiterbildung der DGE

#### **Ursache und Häufigkeit, erbliche Disposition**

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist häufigste Ursache für eine Schilddrüsenunterfunktion. Sie ist nicht selten und betrifft etwa zwei Prozent der Bevölkerung. Frauen sind davon etwa zehnmal häufiger betroffen als Männer, ohne dass die Ursache dafür bekannt ist. Es liegt fast immer eine erbliche Prädisposition vor, meist finden sich andere Verwandte, die ebenfalls eine Hashimoto-Thyreoiditis haben oder einen Morbus Basedow, eine Autoimmunerkrankung, die zu einer Schilddrüsenüberfunktion führt.

Die Ursache für die Hashimoto-Thyreoiditis Erkrankung ist eine Störung des Immunsystems. Die körpereigenen Schilddrüsenstrukturen werden vom Immunsystem als „fremd“ erkannt. Es werden Antikörper gebildet, die sich gegen die Funktion der Schilddrüse richten können. Speziell sind dies Antikörper gegen die thyreoidale Peroxidase (TPO-AK), das wichtigste Enzym bei der Herstellung von Schilddrüsenhormon, und die Antikörper gegen Thyreoglobulin, das Speichereiweiß für Schilddrüsenhormon.

#### **Das Chamäleon der Schilddrüsenerkrankungen**

Die Symptome der Erkrankung sind so vielfältig, dass die Hashimoto-Thyreoiditis als das Chamäleon der Schilddrüsenerkrankungen angesehen werden kann.

#### **Schilddrüsengröße**

Gerade im Jugendalter findet sich oft eine Vergrößerung des Organs, bei vielen Patienten ist die Schilddrüse normal groß, bei der atrophischen Verlaufsform schrumpft das Organ, bis es bei manchen Menschen fast gar nicht mehr im Ultraschall erkannt werden kann.

#### **Schilddrüsenfunktion**

Die Funktionslage der Schilddrüse kann sich ebenfalls sehr vielfältig präsentieren. Zu Beginn der Erkrankung kann es durch die akut einsetzende, autoimmun bedingte Entzündung zu einer Zerstörung von Schilddrüsenzellen kommen. Dadurch wird gespeichertes Schilddrüsenhormon unkontrolliert in die Blutbahn freigesetzt und es resultiert eine Überfunktion der Schilddrüse. Die Überfunktion hält vier bis acht Wochen an, bis das freigesetzte Hormon verbraucht ist. Anschließend kann sich aus der Überfunktion eine Unterfunktion entwickeln. Bei den meisten Patienten kommt es aber direkt zur Entwicklung der Unterfunktion. Die Hashimoto-Thyreoiditis kann aber auch nachweisbar sein, ohne dass eine Funktionsstörung vorliegt und ohne dass die Menschen behandelt werden müssen.

### **Postpartum-Thyreoiditis (nachgeburtliche Hashimoto-Thyreoiditis)**

Nach der Geburt kommt es in Deutschland bei etwa sieben Prozent aller Gebärenden zu einer autoimmun bedingten Funktionsstörung der Schilddrüse. Häufiger als sonst bei der Hashimoto-Thyreoiditis kommt es dabei zu einer anfänglichen Überfunktion der Schilddrüse. Vielfach dauert es lange, bis die Diagnose gestellt wird, da die Symptome Erschöpfung, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und andere Zeichen der Schilddrüsenfunktionsstörung der neuen Situation der Mutter mit dem Kind zugeordnet werden.

### **Trägt der Patient Schuld am Auftreten der Erkrankung?**

Viele Patienten machen sich Gedanken, ob sie etwas in ihrem Leben falsch gemacht haben, dass eine solche Autoimmunerkrankung mit Selbstzerstörung von körpereigenen Substanzen auftritt. Dies ist jedoch nicht so. Die Hashimoto-Thyreoiditis tritt weltweit auf und kommt in allen Lebenssituationen vor. Sie betrifft alle Personengruppen, ob sie nun sehr gesund leben, sich vegetarisch, vegan oder als Mischköstler ernähren. Das Hauptrisiko ist die genetische Prädisposition. Je häufiger die Erkrankung in einer Familie vorkommt, desto größer ist das Risiko, die Erkrankung zu bekommen.

### **Ernährung bei Hashimoto-Thyreoiditis**

Grundsätzlich können sich Menschen mit Hashimoto-Thyreoiditis normal ernähren.

#### **Jod**

Bei noch normaler Schilddrüsenfunktion kann es ratsam sein, auf eine übermäßige Jodzufuhr zu verzichten. Dies betrifft den regelmäßigen Konsum von Meeresalgen (zum Beispiel in Sushi), die eine sehr hohe Jodkonzentration enthalten. In der täglichen Ernährung führt die normale Verwendung von jodiertem Speisesalz, der Konsum von Seefisch und auch Reisen an die See nicht zu einer Verschlechterung der Erkrankung. Ist schon eine Unterfunktion vorhanden, kann Jod nicht mehr schaden.

#### **Selen**

Selen ist sehr wichtig für die Schilddrüse. Eine Ernährung mit selenreichen Nahrungsmitteln ist bei Schilddrüsenerkrankungen nie falsch: Selenreich sind Nüsse, besonders Paranüsse, Meeresfrüchte, Seefisch, Eier.

#### **Gluten**

Bei echter Glutenallergie (Zöliakie, Sprue) muss auf das Klebereiweiß Gluten aus Getreideprodukten verzichtet werden. Bei Weizenunverträglichkeit kann bereits der Verzicht auf Weizen hilfreich sein.

#### **Eisen**

Ein Eisenmangel kann zu leichten Funktionsstörungen der Schilddrüse führen, da das wichtige Enzym „thyreoidale Peroxidase“ eisenhaltig ist.

### **Andere Autoimmunerkrankungen**

An andere Autoimmunerkrankungen muss immer dann gedacht werden, wenn trotz guter Einstellung neue Symptome auftreten. Eine autoimmunbedingte schmerzlose Typ A Gastritis (Magenschleimhautentzündung kann zu Vitamin B12-Mangel führen. Sehr selten ist eine Nebennierenschwäche (Morbus Addison). Die Weißfleckenerkrankung der Haut kommt bei Hashimotopatienten häufiger vor.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, September 2018

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Hormone, Gene oder doch nur die Energiebilanz? Warum Kinder übergewichtig werden und was wir dagegen tun können**

Dr. med. Susanna Wiegand, Bereichsleiterin Adipositas, Interdisziplinäres Sozialpädiatrisches Zentrum, Adipositas-Ambulanz Charité – Universitätsmedizin Berlin und Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V.

Die Frage nach einer Hormonstörung als Ursache für Übergewicht oder Adipositas ist ein häufiger Vorstellungsgrund in der pädiatrischen Endokrinologie. Viele Eltern vermuten insbesondere eine gestörte Schilddrüsenfunktion, weil es in der Familienanamnese beispielsweise eine vergrößerte Schilddrüse mit Knoten oder eine Autoimmunerkrankung der Schilddrüse gibt. Entgegen dieser Erwartung ist eine solche Unterfunktion der Schilddrüse extrem selten als Ursache einer Adipositas zu diagnostizieren. Dagegen findet sich recht häufig eine leichte Erhöhung des Schilddrüsensteuerungshormons (TSH) alleine ohne Hypothyreose. Hierbei wird wissenschaftlich kontrovers die Bedeutung einer solchen mäßigen Erhöhung des TSH der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) bei normalen Schilddrüsenwerten für das Körpergewicht im Sinne einer „latenten Hypothyreose“ diskutiert. Für Kinder und Jugendliche ist diese Frage allerdings eindeutig geklärt: Parallel zu einer erfolgreichen Gewichtsabnahme bei einer Adipositastherapie kehrt das TSH spontan in den Normalbereich zurück, sofern es keine anderen Ursachen gibt. Gegenläufig ist der TSH-Verlauf während der Gewichtszunahme bei Jugendlichen mit Magersucht – hier steigt das erniedrigte TSH an. Obwohl in beiden Fällen keine Indikation für eine Behandlung besteht, wird eine relevante Anzahl von adipösen Kindern und Jugendlichen bei dieser Konstellation eines isoliert erhöhten TSH medikamentös mit der Gabe von Schilddrüsenhormon behandelt, erwartungsgemäß ohne Auswirkung auf das Gewicht. Unnötige Kontrollblutentnahmen und Laborkosten sind die Folge, aber insbesondere haben die Betroffenen das Gefühl, dass eine Hormonstörung ihr Gewichtsproblem verursacht und deshalb eigene Anstrengungen nicht erfolgversprechend sind.

Neben der Rolle des Schilddrüsenhormons wird häufig der Zusammenhang zwischen vermehrten Nebennierenrinden-Hormonen (Steroiden), Gewichtszunahme und Stoffwechselveränderungen diskutiert, entweder als Folge einer Medikamentengabe (zum Beispiel bei Rheuma oder entzündlichen Darmerkrankungen) oder einer gesteigerten eigenen Produktion (selten: Tumor; möglich auch bei chronischem Stress). Die seltenen Tumoren lassen sich eindeutig diagnostizieren mit vor allem erhöhten nächtlichen Cortisolwerten. Allerdings ist die Bedeutung der stressinduzierten Cortisolüberproduktion methodisch schwer zu erfassen, speziell bei Kindern. Stressreduktion, ausreichend Schlaf und körperliche Aktivität sowie eine altersangemessene Mediennutzung wirken

sich auch ohne Diagnosestellung hierbei positiv auf die Regulation dieser Hormonachse aus und sind fester Bestandteil von Adipositas-Schulungsprogrammen.

Eine weitere sehr häufig gestellte Frage zur Adipositas bei Kindern lautet: „Aber liegt es nicht doch eher in der Familie, also an den Genen?“ Aus Zwillings- und Adoptionsstudien wissen wir, dass die Gewichtsentwicklung von Kindern und Jugendlichen zu circa 50 Prozent genetisch festgelegt ist. Der Anteil der Genetik an der Gewichtsentwicklung nimmt im Erwachsenenalter ab. Zugespißt formuliert bedeutet dies, dass Kinder weniger „selber schuld“ sind an ihrem Übergewicht als Erwachsene, die erst nach Ende der körperlichen Entwicklung ihr Übergewicht entwickeln. Da ein ausreichend hohes Körpergewicht evolutionär so wichtig war, sind sehr viele Gene an der Regulation beteiligt. Die Funktion einiger Gene konnten wir besser verstehen durch die Entschlüsselung von Mutationen bei Kindern, die bereits als Kleinkinder extrem adipös sind und kein normales Sättigungsgefühl zeigen (monogene Adipositas). Die meisten der identifizierten Gene betreffen die zentrale Appetitregulation und damit auch die Verbindung Gehirn-Fettgewebe (Leptin) bzw. Gehirn-Magendarmtrakt (Ghrelin; GLP1). Für wenige dieser sehr seltenen Formen einer extremen Adipositas – und auch nur für diese – gibt es mittlerweile medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, die die gestörte Genfunktion ersetzen, dadurch zu einer drastischen Verbesserung des Sättigungsempfindens und einer raschen Gewichtsabnahme führen können.

Gene verändern sich nur über einen sehr langen Zeitraum. Deshalb ist die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in den Industrie- und Schwellenländern sicher nicht genetisch, sondern nur durch ein verändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten (einschließlich Mediennutzung) zu erklären. Es genügt bereits eine geringfügig positive tägliche Energiebilanz von circa 50 kcal für die Entstehung eines Übergewichts im Grundschulalter. Eine aktive Unterrichts- und Pausengestaltung oder Trinkwasserbrunnen in den Schulen sind einfach umzusetzende Möglichkeiten der primären Verhältnisprävention, genauso wie die Chance, den Schulweg gefahrlos zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen. Kinder bevorzugen süße Getränke und Speisen, erst recht, wenn der Geschmack im Kleinkindalter entsprechend geprägt wird. Eine Fixierung auf diese Süßpräferenz kann ein Hindernis für eine gesunde Lebensmittelauswahl sein („Gemüse schmeckt mir nicht!“). Deshalb sind auch und gerade versteckte Zucker in verarbeiteten Lebensmitteln ein Problem.

Für extrem adipöse Jugendliche sind diese gewichtsrelevanten Aspekte ebenfalls von Bedeutung, allerdings sind sie in aller Regel komplex chronisch krank und nicht mit einfachen Maßnahmen zu behandeln. Wenn wirklich alle konservativen Therapieversuche erfolglos waren und keine monogene

*Pressekonferenz anlässlich der 3. Deutschen Hormonwoche (15. bis 22. September 2018)  
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 11. September 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Adipositas oder relevante psychiatrische Komorbidität bestehen, wird für diese Patientengruppe aktuell die mögliche Indikation zu einer bariatrischen Operation diskutiert. Spezialisierte Zentren haben im Rahmen eines Forschungsprojekts (JA-Studie; BMBF) ein spezielles Programm zur Vor- und Nachbetreuung entwickelt und erprobt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, September 2018

## EXPERTENSTATEMENT

### **Anti-Aging durch Hormone – was möglich ist und wo die Medizin an ihre Grenzen stößt**

Professor Dr. med. Sven Diederich, Ärztlicher Leiter Medicover Deutschland und Vizepräsident der DGE, Berlin

Der Begriff „Anti-Aging“ wird sehr vielfältig und meistens im Bereich von Marketingstrategien eingesetzt. Es werden damit verschiedene Therapien, Ernährungsweisen und andere Maßnahmen angepriesen, die zum Ziel haben, das biologische Altern des Menschen hinauszuzögern, die Lebensqualität im Alter auf hohem Niveau zu erhalten und auch das Leben insgesamt zu verlängern. Da relativ viele Hormone im Alter abfallen, wurde im Bereich der Endokrinologie eine Anti-Aging-Strategie entwickelt, die durch externe Gabe der Hormone das Level auf dem Niveau von circa 30 bis 40-Jährigen hält und dadurch verspricht, gewisse Alterungsprozesse aufzuhalten (1).

Viel eingesetzt und frei verkäuflich (nicht als Arzneimittel zugelassen) ist diesbezüglich das **Dehydroepiandrosteron (DHEA)**, ein Hormon der Nebenniere mit leichter androgener („männlicher“) Wirkung. Alle placebo-kontrollierten Studien haben keine signifikanten Effekte auf wichtige metabolische Parameter oder Indices des Wohlbefindens ergeben (2-4). Langzeitdaten zu Morbidität und Mortalität fehlen gänzlich, wobei Risiken und Nebenwirkungen in den Beobachtungszeiträumen bis maximal zwei Jahren nicht besorgniserregend sind.

Relativ häufig und meist unter ärztlicher Aufsicht eingesetzt ist das **Wachstumshormon = Growth Hormone** (verschreibungspflichtiges zugelassenes Medikament), ein Hormon der Hirnanhangsdrüse. Placebo-kontrollierte Studien, die oft (Über-)Dosierungen im Bereich des „leichten Dopings“ benutzt haben, haben einen minimalen günstigen Effekt auf die Fettverteilung, aber keine signifikanten Effekte auf andere wichtige metabolische Parameter oder Indices des Wohlbefindens ergeben (5-6). Hingegen wurden negative Effekte bezüglich des Zuckerstoffwechsels, Wassereinlagerungen und Arthralgien (Gelenkschmerzen) dokumentiert. Potentielle Effekte auf eventuelle Krebsförderung sind unklar.

Das Hormon der Zirbeldrüse, **das Melatonin**, ist freiverkäuflich und wird häufig zum Anti-Aging und als antioxidativer Radikalfänger angepriesen. Placebo-kontrollierte klinische Studien beim Menschen sind schwer zu finden (7). Postulierte Effekte sind aus Tierexperimenten mit zum Teil hohen Dosierungen übernommen. Somit sind positive Effekte allenfalls für das Schlafverhalten dokumentiert, negative Effekte und Nebenwirkungen allerdings auch eher unbedenklich.

Die Therapie mit **Sexualhormonen (Östrogen bei der älteren Frau, Testosteron beim älteren Mann)** ist eine viel praktizierte und diskutierte ärztliche Maßnahme (verschreibungspflichtige Medikamente).

Placebo-kontrollierte klinische Studien zur **Testosterongabe beim älteren Mann** zeigen marginale positive Effekte lediglich auf die Libido (sexuelle Lust) (8). Da Langzeitdaten bezügliche der Sicherheit nicht vorliegen und Hinweise für einen eventuellen negativen Effekt auf das Herzinfarktisiko bestehen (9), sollte auch hier sehr vorsichtig und mit guter Aufklärung der Patienten vorgegangen werden.



Die Hormontherapie **der Frau in den Wechseljahren mit Östrogenen** hat in den letzten Jahren eine Renaissance erfahren, weil recht gute Daten existieren, dass die Hormongabe in den frühen Wechseljahren (50-60 Jahre) mehr positive als negative Effekte hat, wohingegen ab dem 60. Lebensjahr eher negative Effekte überwiegen (sogenannte Timing-Hypothese).

Gut belegt ist dieser Sachverhalt aber nur für Frauen mit Zustand nach Gebärmutterentfernung, denen man nur Östrogene geben darf. Alle anderen Frauen brauchen eine Therapie mit Östrogenen und Gestagenen (Progesteron), wofür die günstige Datenlage der Timing-Hypothese nicht gut belegt ist (10). Dementsprechend sollte man auch hier mit ausreichender Aufklärung und strenger Indikationsstellung bei entsprechenden Symptomen (Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen usw.) agieren.

**Fazit:** Anti-Aging-Effekte bezüglich Hormongaben im Alter sind nicht belegt und sollten daher aufgrund potentieller Risiken sehr kritisch betrachtet werden. Andere Maßnahmen, insbesondere in Bezug auf eine normale Gewichtsregulation, sind besser belegt und haben zum Teil auch positive Effekte auf die eigene Hormonproduktion im Alter (Gewichtsabnahme bei Adipositas hat beispielsweise positive Effekte auf die Testosteron- und Wachstumshormonproduktion).

- 1) Araujo, Wittert 2011: Endocrinology of the aging male. Best Pract Res Endocrinol Metab 25: 303-319.
- 2) Davis et al. 2011: DHEA replacement for postmenopausal women. JCEM 96: 1642-53.
- 3) Elraiyah et al. 2014: The Benefits and Harms of Systemic Dehydroepiandrosterone (DHEA) in Postmenopausal Women With Normal Adrenal Function: A Systematic Review and Meta-analysis. JCEM 99: 3536-3542.
- 4) Nair et al. 2006: DHEA in elderly women and DHEA and testosterone in elderly men. NEJM 355: 1647-1659.
- 5) Bartke, Darcy 2017: Growth hormone and aging: Pitfalls and new insights. Best Pract Res Endocrinol Metab 31: 113-125.
- 6) Sattler 2013: Growth hormone in the aging male. Best Pract Res Endocrinol Metab 27: 541-555.
- 7) Jiki et al. 2018: Cardiovascular Benefits of Dietary Melatonin: A Myth or a Reality? Front Physiol 9: 528.
- 8) Snyder et al. 2016: Effects of testosterone treatment in older men. NEJM: 374: 611-624.
- 9) Onasanya et al. 2016: Association between exogenous testosterone and cardiovascular disease: an overview of systemic reviews. Lancet Diabetes Endocrinol online.
- 10) Gartlehner et al. 2017: Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women. JAMA 318: 2234.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, September 2018

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Stress in Freizeit und Beruf: unterschätzte Auswirkungen auf das Hormongleichgewicht - und was wirklich hilft**

Professor Dr. med. Jörg Bojunga, Stellvertretender Klinikdirektor, Leiter Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Frankfurt, und Vizepräsident der DGE, Berlin

„Ich bin im Stress“: Wer kennt nicht diesen fest in der Alltagssprache verankerten Aussage. Aber was bedeutet Stress für den Einzelnen und was versteht die Wissenschaft hierunter? Für viele ist Stress ein Synonym für Eile, Hektik, Reizbarkeit, Ungeduld und Überforderung. Stress setzt einen unter Druck, Stress macht krank. Für andere hingegen ist Stress ein Motivator und geradezu ein Statussymbol – denn wer Stress hat, hat viel zu tun und ist damit wichtig.

In einer Erhebung einer großen deutschen Krankenkasse gaben sechs von zehn Menschen an, sie fühlten sich gestresst – beruflich oder privat. Ein knappes Viertel der Befragten gab sogar an, häufig gestresst zu sein. Dies hat auch Auswirkungen auf Krankheitstage: Seit 15 Jahren verzeichnen die Krankenkassen eine Zunahme stressbedingter Krankschreibungen.

Aber was hat die Natur sich mit der Stressreaktion von Menschen „gedacht“? Lebt der Mensch am liebsten ohne Stress, oder ist Stress etwas Natürliches, vielleicht Vorteilhaftes? Und gibt es dann nicht auch den positiven „Eustress“, den man vom negativen „Dysstress“ unterscheiden kann? Um zu verstehen, welchen Sinn eine Stressreaktion für den Menschen haben könnte, ist es hilfreich, menschliches Leben in seiner ursprünglichen Form zu betrachten. Es gibt Situationen der Bedrohung und der Not, die eine erhöhte Aufmerksamkeit und Anspannung der muskulären Kraft erfordern: der Extraantrieb für die Ausnahmesituation. Man spricht ganz bildlich von einer „fight or flight“ oder Kämpfe-oder-Flucht-Reaktion – dies hat sich über Jahrtausende bewährt. Aber was passiert, wenn wir weder flüchten noch kämpfen, sondern vor dem Bildschirm sitzen, um eine deadline einzuhalten? Wenn wir Stress mit Kollegen, Vorgesetzten, Partnern haben? Uns im Beruf fremdbestimmt fühlen? Und wenn diese Stressreaktion nicht nur die gelegentliche Ausnahme, sondern die alltägliche Regel wird? Die bereitgestellte Energie, die Aktivierung der körperlichen Reserven wird nicht in diesem Umfang benötigt, es fehlt die körperliche Verausgabung, die auch zum Stressabbau beiträgt.

Das sympathische Nervensystem und Hormonorgane wie der Hypothalamus, die Hypophyse und die Nebenniere mit ihren Hormonen wie CRH, ACTH, Vasopressin, Adrenalin und Cortisol sind zentral an der Auslösung und Aufrechterhaltung einer Stressreaktion beteiligt. Wird eine akute Bedrohung wahrgenommen, setzen Hypothalamus und Hypophyse Steuerhormone frei, die in den Nebennieren zu einer Freisetzung von Adrenalin und Noradrenalin führen. Jeder Mensch hat Erfahrung mit Adrenalin und wie schnell und unmittelbar diese Reaktion abläuft: Puls, Blutdruck und Atemfrequenz steigen an, die Pupillen weiten sich, man beginnt zu schwitzen, die Aufmerksamkeit, aber auch die Erregbarkeit nehmen zu, die Muskeln spannen sich an. Hormone wie Cortisol steuern aber auch die Aufrechterhaltung dieser Reaktion: Cortisol wird aus der Nebenniere freigesetzt, der Blutzucker als Energielieferant steigt an, die Blutgerinnung wird aktiviert, um bei Verletzungen nicht so leicht zu verbluten, das Schmerzempfinden sinkt ab. Andere Funktionen wie Sexualtrieb, Müdigkeit, Hungergefühl und Verdauung werden unterdrückt, da sie nicht unmittelbar benötigt werden. Hormone

wie Oxytocin und Neuropeptid Y sind aber auch am natürlichen Abbau und der Reduktion von Stressantworten beteiligt.

Was als kurzzeitige Antwort auf Ausnahmesituationen gedacht war, wird für den Menschen zum Problem, wenn diese Aktivierung dauer- oder regelhaft abläuft und keine Lösungsmöglichkeiten bestehen. Unbewältigte Stresssituationen mit anhaltend hohen Adrenalin- und Cortisolspiegeln im Blut können früh zu Schlafstörungen und Depressionen führen. Das Gehirn merkt sich die Gefahrensituationen, die Gedanken können darum kreisen, es können Angststörungen und Suizidgedanken auftreten, schlechte Ernährung, Alkohol und Medikamentenmissbrauch hinzukommen. Rückzug aus sozialen Aktivitäten kann auftreten, ewiges Fernsehen und fehlende Energie, etwas zu unternehmen. Unbewältigter Stress ist ein Risikofaktor für Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt und Schlaganfall. Die chronische Aktivierung der Stressachse hat aber auch eine hemmende Wirkung auf die Sekretion der Geschlechtshormone Östrogen- und Testosteron. Stress im Erwachsenenalter kann bei Frauen durch die Aktivierung des sympathischen Nervensystems und die Störung des Hypothalamus-Hypophysensystems den Eisprung beeinflussen, es treten Zyklusstörungen bis hin zur Amenorrhoe auf. Sexuelle Unlust bei Mann und Frau kann die Folge von Stress sein, was auch wieder einen Stressfaktor darstellen kann. Untersuchungen deuten auch darauf hin, dass die sich wiederholende oder chronische Aktivierung der Stressreaktion auch die Fortpflanzungsfunktion beeinträchtigen kann. Sind die Sexualhormone dauerhaft erniedrigt, leidet nicht nur das Befinden, sondern auch die Knochengesundheit.

Welche Erkenntnisse kann man nun daraus ziehen und was hilft gegen Stress? Die Stressreaktion ist zunächst etwas Natürliches, das Verständnis dieser Reaktion hilft beim Stressabbau. Stress ist ein wichtiger Faktor für das Erlernen von Neuem und das Erreichen von privaten und beruflichen Zielen. Stress kann motivieren, fit machen, zu Höchstleistungen animieren und sogar glücklich machen. Stress kann aber auch krank machen und dabei zahlreiche Hormonsysteme negativ beeinflussen. Vier Hauptfaktoren beeinflussen die psychische Widerstandskraft, die sogenannte Resilienz im Umgang mit Stress: persönliche psychologische Lösungsstrategien, Umweltfaktoren, die genetische Prädisposition sowie epigenetische Faktoren.

Die genetische Prädisposition könnte erklären, warum Menschen bei gleichen äußeren Umständen sehr unterschiedlich auf Stress reagieren. Die Epigenetik befasst sich mit der Frage, wie Umwelteinflüsse, Lebensstil und Ernährung die Aktivität einzelner Gene beeinflussen. Vor allem durch die sogenannte Methylierung, das Anhängen oder Entfernen von Methylgruppen, kann sich in Zellen die Aktivität bestimmter Gene auch langfristig verändern – und hierüber auch vererbbar oder vorgeburtlich übertragbar sein. Experimentell nachgewiesen sind stressinduzierte epigenetische Veränderungen in der Cortisolregulation des Hypothalamus, der Hypophyse und der Nebennieren. Umweltfaktoren umfassen persönliche Beziehungen, die soziale Vernetzung, Arbeitszufriedenheit, den Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen. Aber auch persönliche Erfahrungen in der Kindheit, die Art, wie wir aufwachsen, und was Erwachsene Kindern vorleben.

Persönliche Lösungsstrategien zur Stressbewältigung können sehr unterschiedlich aussehen. Ihnen gemeinsam ist jedoch, dass jeder Mensch Raum für Auszeiten vom Stress haben muss, um

herunterkommen zu können. Stressbewältigung, das Vertrauen in sich selbst, Anforderungen des Lebens bewältigen zu können, kann man lernen: Wie viel kann ich mir zumuten, welche Konflikte kann ich lösen und welche sollte ich akzeptieren. Entspannungstechniken können helfen, egal ob Yoga, Meditation, Muskelentspannung oder Atemübungen. Für viele ist sportliche Aktivität eine gute Möglichkeit, Stress abzubauen. Aber auch andere sinnstiftende Aktivitäten können hilfreich sein: vom Musizieren, Kochen, Wandern, der Gartenarbeit über Vereinstätigkeit bis zum Ehrenamt – vieles ist denkbar.

Mit Stress umgehen zu können, also Resilienztraining, sollte man schon Kindern beibringen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, September 2018

## **Curriculum Vitae**

**Dr. med. Joachim Feldkamp**

Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, Infektiologie, Klinikum Bielefeld und Mitglied im Beirat der Akademie für Fort- und Weiterbildung der DGE



## **Studium**

1986	Assistenzarzt im Marienkrankenhaus Düsseldorf
1986-1991	Assistenzarzt zur Weiterbildung in Innerer Medizin in Mönchengladbach-Rheydt
1989	Promotion über Komplikationen diabetischer Kinder beim Sport
1991	Wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Endokrinologie und Rheumatologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
1992	Facharztbezeichnung Innere Medizin
1994	Oberarzt der Klinik für Endokrinologie und Rheumatologie (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)
1995	Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie
1995	Leitung der endokrinologischen Laboratorien der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Stellvertreter des Klinikdirektors
1999	Habilitation über Mechanismen des programmierten Zelltodes humaner Schilddrüsenzellen
2001	Qualifikation als Diabetologe DDG
2002	Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, Infektiologie, Klinikum Bielefeld Kassenermächtigung für den Bereich Endokrinologie
2007-2014	Ärztlicher Direktor des Klinikums Bielefeld für alle drei Standorte
2005	Osteologe DVO
7/2014–7/2017	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Seit 2012	Vorstandsmitglied der Akademie für Fort- und Weiterbildung der DGE
Seit 4/ 2017	Mitglied des Fachausschusses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

### **Mitgliedschaften**

- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie:  
Seit 2012 Vorstandsmitglied der Akademie für Fort-und Weiterbildung der DGE  
Vorstandsmitglied der Sektion Schilddrüse  
Mitglied der Sektion Angewandte Endokrinologie  
Mitglied der Sektion Knochenstoffwechsel
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- Deutsche Diabetes Gesellschaft
- Endocrine Society (USA)
- Europäische Gesellschaft für Endokrinologie

### **Weitere Tätigkeiten**

- 2005-2014 Vorstandsmitglied der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
- Vorsitzender des Forums Schilddrüse e.V.
- Herausgeber des Buches „Medulläres Schilddrüsenkarzinom“, Walter de Gruyter Verlag
- Reviewer bei deutschsprachigen und internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften

## **Curriculum Vitae**

**Dr. med. Susanna Wiegand**

Bereichsleiterin Adipositas, Sozialpädiatrisches Zentrum für chronisch kranke Kinder, Abteilung Interdisziplinär, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V.



Seit Oktober 2016	Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft
Seit Oktober 2014	Principal Coordinating Investigator der “Phase 3 open-label study of Infacort® in neonates, infants and children less than 6 years of age with adrenal insufficiency”. EUDRACT No.: 2014-002265-30.
Seit Juli 2014	Principal Coordinating Investigator des “RM-493 Treatment Trial in POMC Deficient Patients”. EUDRACT No.: 2014-002392-28.
2013- 2016	Principal Investigator des Z1-Projekts der KFO 218/0 (DFG): Hormonal regulation of body weight maintenance (2. Förderperiode).
April 2013	Habilitation und Venia legendi für das Fach Kinderheilkunde
Dezember 2012	Prüfarztkurs nach AMG
Januar 2012	Wahl zur Prüferin der Ärztekammer Berlin für die Zusatzbezeichnungen Ernährungsmedizin; Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie.
2011–2018	Principal Investigator des Konsortiums B des Kompetenznetzes Adipositas (BMBF): Morbidly obese adolescents.
Seit 2010	Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) in der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG), verbunden mit einer kontinuierlichen Mitgliedschaft im Konvent der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).
2009–2012	Principal Investigator des Z1-Projekts der KFO 218/0 (DFG): Hormonal regulation of body weight maintenance (1. Förderperiode).
März 2008	Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie.
Seit 2007	Mitglied der Leitlinienkommission der AGA; Erstellung von S2 und S3 Leitlinien (AWMF).
Seit 2000	Bereichsleiterin Adipositas, Interdisziplinäres Sozialpädiatrisches Zentrum, Adipositas-Ambulanz Charité – Universitätsmedizin Berlin (DAG-zertifizierte Therapieeinrichtung für Adipositas).





## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Sven Diederich  
Ärztlicher Leiter Medicovert Berlin-Mitte MVZ,  
Ärztlicher Direktor Medicovert Deutschland und Vizepräsident der DGE



\* 1962

## Studium

1982–1987 Studium der Zahnmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
1987–1992 Studium der Humanmedizin, Freie Universität Berlin

## Ärztliche Tätigkeit

1993–2000 Arzt im Praktikum/wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Endokrinologie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin (UKBF), Freie Universität Berlin

07/1994 Approbation als Arzt

12/1994 Promotion (Doktorvater: Professor Dr. W. Oelkers):  
„Diagnostik und Therapieüberwachung bei Morbus Addison“

12/1999 Facharzt Innere Medizin

Seit 10/2000 Wissenschaftlicher Mitarbeiter (in der Funktion eines Oberarztes), Abteilung für Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin (Leiter: Professor Dr. A.F.H. Pfeiffer), UKBF

09/2002 Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie

12/2002 Diabetologe DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft)

03/2004 Habilitation: „Endokriner und parakriner Metabolismus von endogenen und synthetischen Steroidhormonen“

2004–2015 Ärztlicher Leiter des Endokrinologikums Berlin, Medizinisches Versorgungszentrum Endokrinologie/Diabetologie/Andrologie/Rheumatologie

2004–06/2014 Beiratsmitglied der Sektion „Nebenniere, Steroide und Hypertonie“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

09/2005 Weiterbildungsbefugnis Endokrinologie

11/2006 Zusatzbezeichnung Andrologie

2008–2015 Präsident der Berlin-Brandenburgischen Andrologischen Gesellschaft

Seit 09/2011 Außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) für das Fachgebiet Endokrinologie

Seit 10/2013 Außerplanmäßige Professur an der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Seit 07/2014                   Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie  
Seit 2016                     Ärztlicher Leiter Medicover Berlin-Mitte MVZ,  
                                      Ärztlicher Direktor Medicover Deutschland

### **Mitgliedschaften**

- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
- European Society of Endocrinology
- Berufsverband Deutscher Internisten
- Berlin-Brandenburgische Andrologische Gesellschaft
- Deutsche Diabetes Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

### **Wissenschaftliche Tätigkeit**

Kliniknahe experimentelle Endokrinologie. Nebenniere, endokrine Hypertonie.

Autor und Co-Autor von mehr als 50 Originalpublikationen, zusätzlich zahlreiche Publikationen in Büchern und Symposiumsbänden.

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jörg Bojunga  
Stellvertretender Klinikdirektor, Leiter Schwerpunkt Endokrinologie,  
Diabetologie, Ernährungsmedizin, Medizinische Klinik I,  
Universitätsklinikum Frankfurt, und Vizepräsident der Deutschen  
Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)



## Akademische Ausbildung

- 1991 – 1997                    Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt a.M., Abschluss mit „Sehr gut“.
- 03/1999                        Promotion („summa cum laude“), Thema der Dissertation:  
„Kapillarmikroskopische Untersuchungen zur Interaktion von  
Spenderlymphozyten und Inselendothel des Empfängertieres in vivo bei einem  
Diabetes-Transfer-Modell der Maus“.
- 1999-2000                    Aufbaustudium: Aufbaustudiengang „Medizinische Ethik“ an der  
FernUniversität Hagen.

## Beruflicher Werdegang

- 1998–2003                    Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Medizinischen Klinik I, Endokrinologie  
und Angiologie, Zentrum der Inneren Medizin, Klinikum der Johann  
Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M., bei Herrn Prof. Dr. K.H.  
Usadel.
- 2002–2003                    Kongresssekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin bei Herrn  
Professor Usadel, Organisation des 109. Internistenkongresses in Wiesbaden  
im April 2003.
- 2003–2007                    Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Innere Medizin II,  
Gastroenterologie, Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum des  
Saarlandes, Homburg/Saar, bei Herrn Prof. Dr. S. Zeuzem.
- 2004                            Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin.
- 2005                            Oberarzt der Klinik für Innere II, Universitätsklinikum des Saarlandes,  
Homburg/Saar.
- 02/2006                        Habilitation und Venia legendi für das Fach Innere Medizin,  
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar. Thema der  
Habilitationsschrift: „Diabetes mellitus und reaktive Sauerstoffspezies:

	Molekulare Regulation des NO-cGMP-Systems und Apoptosemechanismen in vivo“.
02/2006	Verleihung der akademischen Bezeichnung „Privatdozent“.
03/2006	Erwerb der Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie und Diabetologie“.
08/2006	Volle Weiterbildungsermächtigung (36 Monate) Schwerpunkt „Endokrinologie und Diabetologie“, Leiter Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie der Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar.
01/2007	Oberarzt an der Medizinischen Klinik I und Leiter Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, Goethe-Universität Frankfurt am Main, bei Herrn Prof. S. Zeuzem.
04/2007	Oberärztliche Leitung der Internistischen Intensivstation ICU der Medizinischen Klinik I, Goethe-Universität Frankfurt am Main.
04/2007	Leiter Schwerpunkt Ernährungsmedizin an der Medizinischen Klinik I, Goethe-Universität Frankfurt am Main.
03/2008	Erlangung der Qualifikation „Ernährungsmediziner DGEM“.
01/2009	Erlangung der Zusatzbezeichnung „Internistische Intensivmedizin“.
07/2010	Erlangung der Ultraschallqualifikation DEGUM II.
02/2011	Volle Weiterbildungsermächtigung „Internistische Intensivmedizin“ (24 Monate).
03/2012	Verleihung der akademischen Bezeichnung „Außerplanmäßiger Professor“ der Goethe-Universität Frankfurt am Main.
03/2012	Ernennung zum UEMS-Gesandten (Europäische Medizingesellschaft) der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
06/2015	Erlangung der Ultraschallqualifikation DEGUM III – Kursleiter Innere Medizin.
12/2016	Erlangung der Bezeichnung „Lipidologe“ bei der DGFF (Lipidliga).
7/2016	Stellvertretender Klinikdirektor der Med. Klinik I (Direktor: Prof. Zeuzem), Zentrum Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin, Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main.
03/2017	Erlangung der Zusatzbezeichnung „Infektiologie“.
Seit 3/2017	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE).

### **Mitgliedschaften**

- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
- Deutsche Gesellschaft für angewandte Endokrinologie

*Pressekonferenz anlässlich der 3. Deutschen Hormonwoche (15. bis 22. September 2018)  
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Dienstag, 11. September 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschallmedizin
- Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
- European network for endocrine tumors ENETS

### **Wissenschaftliche Schwerpunkte**

Elastographie der Schilddrüse, nicht-invasive Fibrosemessung bei NAFLD, Vitamin D-Stoffwechsel



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

### **Factsheet Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):**

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

Hauptaufgabe der DGE ist die **Förderung der Forschung** auf dem Gebiet der Endokrinologie – im Bereich der Grundlagenforschung ebenso wie im Bereich der klinischen Forschung. Sie vergibt mehrere Auszeichnungen und Stipendien an Wissenschaftler, die auf diesem Gebiet herausragende Erfolge vorweisen können. [www.endokrinologie.net/preise-stipendien.php](http://www.endokrinologie.net/preise-stipendien.php)

Die DGE wurde 1953 gegründet. Sie veranstaltet jährlich **wissenschaftliche Symposien**, gibt die Zeitschriften „Journal of Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes“ (ECED) sowie die „Endokrinologie Informationen“ heraus, bietet **Fort- und Weiterbildung** an und vertritt Deutschland international in der European Federation of Endocrine Societies (ESE) und in der International Society of Endocrinology (ISE). In acht Sektionen und vier Arbeitsgemeinschaften bearbeiten DGE-Mitglieder einzelne Themen wie etwa Knochenstoffwechsel, Diabetes oder Neuroendokrinologie gesondert. Derzeit hat die DGE über 1700 Mitglieder.

Zum dritten Mal schreibt die DGE 2018/2019 einen **Medienpreis** aus. Der Wettbewerb richtet sich an Journalisten und Journalistinnen, die für Zeitungen oder Zeitschriften (Print oder Internet), Hörfunk oder Fernsehen arbeiten. Berücksichtigt werden Beiträge, die **zwischen dem 16. Februar 2018 und dem 15. Februar 2019** publiziert werden. Weitere Informationen werden in Kürze auf der Webseite der Fachgesellschaft [www.endokrinologie.net/medienpreis.php](http://www.endokrinologie.net/medienpreis.php) bekannt gegeben.

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

Vom **15. bis 22. September 2018** veranstaltet die DGE die **3. Deutsche Hormonwoche**. In zahlreichen endokrinologischen Einrichtungen wird es in dieser Woche Informationsveranstaltungen für Patienten und Angehörige geben. Neben den großen Volkskrankheiten wie Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck wird es auch um seltenere Hormonerkrankungen gehen. Nähere Informationen dazu hat die DGE-Geschäftsstelle.

#### **Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

c/o EndoScience Endokrinologie Service GmbH

Hopfengartenweg 19, 90518 Altdorf

Tel.: 09187 / 97 424 11

Fax: 09187 / 97 424 71

E-Mail: [dge@endokrinologie.net](mailto:dge@endokrinologie.net)

[www.endokrinologie.net](http://www.endokrinologie.net)

[www.hormongesteuert.net](http://www.hormongesteuert.net)

#### **Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-380

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

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

**Zum dritten Mal schreibt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) den DGE-Medienpreis für journalistische Beiträge zu Erkrankungen des Hormonsystems und Störungen des Stoffwechsels aus. Bewerbungsschluss ist der 15. Februar 2019. Das Preisgeld beträgt 2.000 Euro. Der Medienpreis würdigt herausragende journalistische Arbeiten zu endokrinologischen Themen, die sorgfältig recherchiert, allgemeinverständlich formuliert sind und den Kriterien medizin-journalistischer Qualität entsprechen. Teilnehmen können Journalisten und Journalistinnen mit Beiträgen aus den Bereichen Print (Zeitungen, Zeitschriften sowie im Internet veröffentlichte Artikel), Fernsehen und Hörfunk. Es kann jeweils nur ein Einzelbeitrag eingereicht werden.**

Mit dem Medienpreis will die DGE die Berichterstattung über endokrinologische Themen anregen und zugleich die Bedeutung des Faches Endokrinologie sichtbar machen.

### **Bewerbungsunterlagen**

Eingereicht werden können Beiträge, die **zwischen dem 16. Februar 2018 und dem 15. Februar 2019** in einem deutschsprachigen Publikumsmedium veröffentlicht werden.

Folgende Unterlagen sind bitte per E-Mail an die Pressestelle der DGE zu senden:

- Kurzer Lebenslauf mit Foto (650 x 370 px und Angabe zum Urheberrecht) des Bewerbers/der Bewerberin als Word- oder PDF-Datei
- Print-Beitrag als PDF
- Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF

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

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury der DGE. Der Preis kann auf Vorschlag der Jury geteilt werden, wenn zwei gleichwertige und preiswürdige Bewerbungen vorliegen. Gelangt die Jury zu der Einschätzung, dass preiswürdige Publikationen bis zum Meldeschluss dieser Ausschreibung nicht vorliegen, wird der Preis nicht vergeben.

Die **Preisvergabe** erfolgt auf dem **62. Kongress für Endokrinologie** (20.03. bis 22.03.2019) in **Göttingen**. Die persönliche Teilnahme des Preisträgers/der Preisträgerin ist ausdrücklich erwünscht. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

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

### **DGE-Pressestelle:**

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380, Fax: 0711 8931-167, E-Mail: [arnold@medizinkommunikation.org](mailto:arnold@medizinkommunikation.org)

[www.endokrinologie.net](http://www.endokrinologie.net), [www.hormongesteuert.net](http://www.hormongesteuert.net)