



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## Pressekonferenz

anlässlich der **Deutschen Hormonwoche (14. bis 21. September 2019)** der **Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

**Termin: Donnerstag, 12. September, 11.00 bis 12.00 Uhr**

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 5

**Anschrift:** Schiffbauerdamm 40, 10117 Berlin

## Programm:

### **Die 4. Deutsche Hormonwoche: Endokrinologen informieren zu Hormon- und Stoffwechselerkrankungen**

*Professor Dr. rer. nat. Josef Köhrle*

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

### **Schilddrüsenknoten: mit moderner Diagnostik zu einer erfolgreichen Therapie**

*Professor Dr. med. Jörg Bojunga*

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

### **Wenn Fettstoffwechselstörungen in der Familie liegen: durch personalisierte Risikoabschätzung und neue Therapieoptionen Herz- und Gefäßerkrankungen verhindern**

*Dr. med. Ulrike Schatz*

Funktionsoberärztin, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Dresden

### **Kopfschmerz, Sehstörungen und hormonelle Mangelzustände: Wie sind Erkrankungen der Hirnanhangdrüse zu behandeln?**

*Priv.-Doz. Dr. med. Ulf Elbelt*

Oberarzt, Medizinische Klinik B, Campus Ruppiner Kliniken, Medizinische Hochschule Brandenburg

### **Schützt Ernährung mit unlöslichen Getreideballaststoffen vor Diabetes? Ergebnisse der Optimal Fiber Trial (OptiFiT)-Studie**

*Dr. med. Stefan Kabisch*

Studienarzt in der Abteilung für Klinische Ernährung am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke

Moderation: Dagmar Arnold, Thieme Kommunikation, Stuttgart und Berlin

#### Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGE-Pressestelle

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

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

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

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

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



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## **Pressekonferenz**

anlässlich der **Deutschen Hormonwoche (14. bis 21. September 2019)** der  
**Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

**Termin: Donnerstag, 12. September, 11.00 bis 12.00 Uhr**

**Ort:** Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 5

**Anschrift:** Schiffbauerdamm 40, 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)*

#### **Ihr Kontakt für Rückfragen:**

DGE-Pressestelle

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

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

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

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

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



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## **PRESSEMITTEILUNG**

### **Schilddrüsenknoten: harmlos oder gefährlich?**

**Moderne ultraschallbasierte Diagnostik hilft, Operationen zu vermeiden**

**Berlin, 12. September 2019 – Bei Routineuntersuchungen der Schilddrüse entdecken Ärzte häufig Schilddrüsenknoten, lange bevor diese beim Patienten Beschwerden verursachen. Auch wenn die allermeisten gutartig sind, müssen sie abgeklärt werden. In Deutschland gibt es trotz eines rückläufigen Trends immer noch eine hohe Operationshäufigkeit, die doppelt so hoch ist wie in anderen europäischen Ländern. Mithilfe moderner Ultraschallgeräte und Untersuchungsverfahren können Mediziner Knoten sicher und für Patienten schonend untersuchen und damit die Anzahl „unnötiger“ Operationen reduzieren. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) auf ihrer heutigen Pressekonferenz in Berlin anlässlich der 4. Deutschen Hormonwoche hin.**

Etwa 50 bis 70 Prozent der Menschen in Deutschland haben Knoten in der Schilddrüse (SD). Viele davon können bereits mit Abtasten nachgewiesen werden, andere werden „zufällig“ entdeckt, da bildgebende Verfahren zur Diagnostik immer verbreiteter sind. „Durch die Zufallsbefunde hat die Häufigkeit von SD-Knoten insgesamt zugenommen“, sagt Professor Dr. med. Jörg Bojunga, Leiter des Schwerpunkts Endokrinologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Frankfurt, und Vizepräsident der DGE.

Die meisten Betroffenen haben keine Beschwerden oder Funktionsstörungen. Dennoch müssen die Experten die Knoten genau untersuchen, um festzustellen, ob es sich um gutartige Knoten oder um Schilddrüsenkrebs handelt. „Das Schilddrüsenkarzinom ist eine seltene Tumorerkrankung. Etwa fünf von 100 000 Menschen erkranken“, erklärt Bojunga. Für den Behandlungsalltag ergibt sich daraus für den Arzt eine große Herausforderung: Zum einen eine hohe Zahl zufällig entdeckter Knoten, die es abzuklären gilt, zum anderen das Wissen, dass diese Knoten ein sehr niedriges Bösartigkeitsrisiko haben.

In Ländern wie beispielsweise Südkorea, in denen Screening-Programme für Schilddrüsenkrebs angeboten wurden, kann man exemplarisch sehen, wie aus dieser Konstellation eine Überdiagnostik und -therapie entsteht. In dem asiatischen Land kam es durch die Ultraschall-Untersuchungen zu einer 1500-prozentigen Zunahme von SD-Krebs, meist kleinen Karzinomen, die dann operiert wurden. Mit den steigenden Operationen, stiegen auch die Zahlen der Komplikationen: Zwei Prozent der Operierten hatten beispielsweise Lähmungen der Stimmbandnerven. Die Sterblichkeit blieb dabei trotz des Screenings unverändert. „In Deutschland ist die Zahl der SD-Operationen zwar rückläufig, im

Vergleich zu anderen europäischen Ländern jedoch immer noch doppelt so hoch: Pro 100 000 Einwohner sind es hierzulande etwa 100 Operationen“, sagt Bojunga. Komplikationen bei unnötigen Operationen führen dann in erster Linie zu einer Verschlechterung der Lebensqualität der Patienten, ohne dass deren Lebenserwartung steigt.

„Moderne ultraschallbasierte Diagnostik kann hier helfen, unnötige Operationen zu vermeiden, ohne dabei bösartige Befunde zu übersehen“, betont Bojunga. Die Basisuntersuchung der Schilddrüse, bei der Ausdehnung und Struktur betrachtet werden, ist eine „normale“ Ultraschalluntersuchung, eine sogenannte B-Mode-Sonografie. „Der Ultraschall ist jedoch nicht genau genug, um zwischen gutartigen und bösartigen Schilddrüsenknoten zu unterscheiden“, sagt Bojunga.

Als neues Verfahren hat sich zusätzlich die Ultraschall-Elastografie etabliert, mit der die Gewebeelastizität gemessen wird. „Das B-Bild wird mit einer farblichen Darstellung der Gewebeelastizität überlagert. Die Farben sind definiert und hartem, mittelhartem und weichem Gewebe zugeordnet und geben weitere Hinweise, ob es sich um gesundes oder Tumorgewebe handelt“, erklärt Bojunga. Für Patienten sind diese Untersuchungen sehr vorteilhaft: Schmerzfrei und schonend liefern sie ein schnelles Ergebnis und machen dadurch – je nach Befund – eine weitere Diagnostik wie Gewebeproben und Operation überflüssig.

Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Mediensprecher der DGE, erklärt: „Das bloße Vorhandensein von SD-Konten erfordert weder automatisch eine medikamentöse Therapie noch eine Operation. Mithilfe der modernen bildgebenden Verfahren können wir ganz im Sinne der ‚Klug Entscheiden-Initiative‘ eine Überversorgung vermeiden und dem Patienten damit unnötige und auch ängstigende Verfahren ersparen.“

#### Literatur:

Bojunga J, Mondorf A: Schilddrüsen-Elastografie. Laryngo-Rhino-Otol 2019; 98(03): 150-156. DOI: 10.1055/a-0790-0885.

Feldkamp J/Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE): Klug Entscheiden. . . in der Endokrinologie. Deutsches Ärzteblatt, 113(17), 29. April 2016.

[https://www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user\\_upload/PDF/6Klug\\_entscheiden\\_in\\_der\\_Endokrinologie\\_2016.pdf](https://www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user_upload/PDF/6Klug_entscheiden_in_der_Endokrinologie_2016.pdf)

*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.*



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## PRESSEMITTEILUNG

### **Ballaststoffreiche Ernährung zur Diabetesprävention auf dem Prüfstand Interventions-Studie zeigt nur leichte Vorteile**

**Berlin, 12. September 2019 – Verhindert eine ballaststoffreiche Ernährung Diabetes? Dieser Frage gingen Forscher des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke in einer randomisierten und verblindeten Studie, der *Optimal Fibre Trial for Diabetes Prevention (OptiFiT)*, nach. Sie untersuchten, wie sich die Gabe unlöslicher Ballaststoffe auf die Diabetesinzidenz und den Glukosestoffwechsel von Risikopatienten auswirkt. Auf der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) diskutieren Experten, welche Erkenntnisse OptiFiT zulässt, die über ein Pauschalurteil „Ballaststoffe bringen für Diabetesprävention wenig“ hinausgehen.**

Eine Ernährung mit vielen unlöslichen Ballaststoffen wird Gesunden wie Kranken von Ernährungsexperten und Medizinern immer wieder empfohlen. „Das beruht auf Beobachtungen und epidemiologischen Studien, die über viele Jahre hin gemacht wurden, hat aber keine valide Datengrundlage“, sagt Dr. med. Stefan Kabisch, Studienarzt in der Arbeitsgruppe für Klinische Ernährung/DZD am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke. Forscher um Stefan Kabisch führten die erste kontrollierte Studie zum Thema „Effekte unlöslicher Ballaststoffe im Kontext von Diabetesprävention“ durch. In der *Optimal Fibre Trial for Diabetes Prevention (OptiFiT)* ging es um zwei zentrale Fragestellungen: Verbessert die Ernährung mit unlöslichen Ballaststoffen die Ergebnisse des oralen Zuckerbelastungstests (oGTT) und hat sie einen Einfluss auf die Neuerkrankungsrate von Diabetes mellitus Typ 2? Unlösliche Ballaststoffe, die vor allem in Vollkornprodukten, Hülsenfrüchten und Pilzen vorkommen, haben – wie seit Langem bekannt – starke Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme und Verdauung. Kabisch erklärt: „Sie bewirken, dass die Nahrung länger und besser gekaut wird. Mit genug Flüssigkeit quellen sie schon im Magen auf und machen satt. Zudem beschleunigen sie die Darmpassage und lockern den Stuhlgang.“

An der OptiFiT nahmen zwischen März 2010 und Oktober 2012 180 Probanden teil. Es wurden Patienten für die Studie ausgewählt, die nach dem Ergebnis eines oralen Glukosetoleranztests (oGTT) eine gestörte Glukosetoleranz aufwiesen, keinen Diabetes, keine Essstörung, keine Unverträglichkeit von Ballaststoffen hatten und außerdem keine Kortikoide einnahmen. Die Teilnehmer mussten zudem im ersten Jahr an einer Ernährungsberatung teilnehmen. Für die Studie wurden die Teilnehmer einer von zwei Gruppen zugeteilt: Die Interventionsgruppe (IG) mit 89 Teilnehmer nahm zweimal täglich

über zwei Jahre ein Ballaststoffpräparat ein. Die Placebo-Gruppe (PG) mit 91 Teilnehmern erhielt in dieser Zeit zweimal täglich das Trinksupplement ohne unlösliche Ballaststoffe.

Nach zwölf Monaten verringerte sich das Ergebnis des oGTT in beiden Studiengruppen signifikant: um  $-0,78$  mmol/l (1,88) in der IG und  $-0,46$  mmol/l (1,80) in der PG. Bei den weiblichen Teilnehmern war dieser Unterschied noch ausgeprägter und statistisch signifikant. Die Neuerkrankungsrate in zwei Jahren lag in der IG bei 9/89 und in der PG bei 16/91. Hier konnten die Forscher keinen signifikanten Unterschied feststellen. Deutlich war hingegen die Auswirkung auf den Wert des Langzeit-Blutzuckers HbA<sub>1c</sub>: Er stieg in der Placebo-Gruppe leicht (+0,1 Prozentpunkte in einem Jahr) und blieb in der Interventionsgruppe konstant. Diese Differenz war signifikant. Ein kleiner Vorteil für die IG im Vergleich zur Placebo-Gruppe.

Die tägliche Einnahme eines Präparats mit unlöslichen Ballaststoffen hat die Neuerkrankungsrate an Diabetes mellitus Typ 2 bei Risikopatienten im Vergleich zum Placebo nicht signifikant verringert. Die Insulinsensitivität verbesserte sich langfristig über zwei Jahre ebenfalls ohne statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Stefan Kabisch ergänzt: „Die Stoffwechselverbesserungen der Placebo-Gruppe sind vor allem auf eine Gewichtsreduktion zurückzuführen, also einen Effekt der Ernährungsberatung. Die Daten zeigen aber auch, dass die Lebensstilumstellung zwar viele Lifestylefaktoren, aber kaum die Ballaststoffzufuhr verbessert. Dennoch erlangten in zwei Jahren 53 von 180 Studienteilnehmern wieder eine normale Glukosetoleranz.“

In mehreren Second-Line-Analysen von OptiFiT versuchen die Forscher nun den Effekt von Ballaststoffen anhand der tatsächlichen Aufnahme zu bemessen und Subgruppen der Kohorte zu identifizieren, die besonders stark von den Ballaststoffen profitiert haben. Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Mediensprecher der DGE, erklärt: „Die Second-Line-Analyse erweitert unser Wissen um wertvolle Erkenntnisse. Der Faktor Mitwirkung der Patienten ist von besonderer Bedeutung. Größere, langfristige Studien müssen folgen, um diesen Effekt genauer zu ergründen.“

#### Literatur:

Honsek C et al.: Fibre supplementation for the prevention of type 2 diabetes and improvement of glucose metabolism: the randomized controlled Optimal Fibre Trial (OptiFiT). *Diabetologia*. 2018 Jun; 61(6): 1295-1305. DOI: 10.1007/s00125-018-4582-6.

Kabisch S, Honsek C, Dambeck U et al.: Höhere Zufuhr von unlöslichen Getreideballaststoffen verbessert prädiabetische Stoffwechsellage – eine Compliance-basierte Second-Line-Analyse der OptiFiT-Studie. *Diabetologie und Stoffwechsel* 2019; 14(S 01): S32-33. DOI: 10.1055/s-0039-1688200.

*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.*



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## **PRESSEMITTEILUNG**

**Entzündung oder hormonproduzierender Tumor?**

**Wie Erkrankungen der Hirnanhangdrüse unterschieden und behandelt werden**

**Berlin, 12. September 2019 – Die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) steuert viele hormonelle Funktionen im Körper. Erkrankt sie, etwa aufgrund von Tumoren oder Entzündungen, so kommt es zu einer Raumforderung, die durch lokale Kompression Symptome wie Kopfschmerzen und Sehstörungen hervorrufen kann. Häufigere Folge der Erkrankung sind jedoch hormonelle Veränderungen. Tumoren der Hirnanhangdrüse mit aggressivem Wachstumsverhalten oder Entzündungen der Hirnanhangdrüse sind sehr selten. Deshalb müssen sich behandelnde Ärzte bei Diagnose und Therapie aufgrund der eingeschränkten Studienlage auch auf Erkenntnisse aus Fallsammlungen stützen. Patienten profitieren zudem, wenn sich Behandelnde seltener Erkrankungen untereinander zum fachlichen Austausch vernetzen. Wie wichtig eine Differentialdiagnose zwischen Tumor und Entzündungsreaktion ist, die beide ähnliche Symptome auslösen, erklären Experten auf der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) in Berlin anlässlich der 4. Deutschen Hormonwoche.**

Die Hirnanhangdrüse hat die Größe einer Kirsche und liegt auf Nasenhöhe mitten im Kopf in einer knöchernen Aushöhlung an der Schädelbasis. Sie besteht aus zwei Lappen, die sich von ihrer Funktion her unterscheiden. Der Hypophysenvorderlappen ist kein Teil des Gehirns, sondern eine typische Hormondrüse, die über die Freisetzung von Hormonen die Funktionen von Wachstum, Keimdrüsen, Schilddrüse, Nebennieren und Brustdrüse steuert. Der Hypophysenhinterlappen besteht aus Nervenzellfortsätzen, in denen Hormone beispielsweise zur Regulation des Wasserhaushaltes gespeichert werden. „Verschiedene Erkrankungen können die Hormonbildung in der Hirnanhangdrüse stören, sodass diese zu viele Hormone und/oder zu wenige Hormone produziert“, sagt Privatdozent Dr. med. Ulf Elbelt von der Medizinischen Klinik B, Campus Ruppiner Kliniken an der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Werden durch einen Tumor der Hirnanhangdrüse umgebende Strukturen geschädigt, so kann dies zu Symptomen wie Gesichtsfeldeinschränkungen bis hin zur Erblindung und ausgeprägten Kopfschmerzen führen, werden die gesunden Anteile der Hirnanhangdrüse durch den Tumor komprimiert, können diese unter Umständen nicht mehr genügend Hormone bilden. Mit Krankheitslast verbundene Tumoren im Bereich der Hirnanhangdrüse sind selten. Die Krankheitshäufigkeit liegt bei knapp unter 100 pro 100 000 Einwohner. In über 80 Prozent handelt es sich bei den Tumoren um sogenannte Hypophysenadenome. Dies sind überwiegend

hormonproduzierende Tumoren. „Problematisch ist vor allem, dass Hypophysenadenome unreguliert und gesteigert Hormone produzieren und freisetzen können und gleichzeitig einen Mangel für andere Hormone verursachen können“, erklärt Elbelt. Der häufigste Hypophysentumor ist das (gutartige) Prolaktinom, das bei Frauen zu Milchfluss und Zyklusstörungen und bei Männern zu Libidoverlust und Erektionsstörungen führen kann.

Mit Ausnahme der Prolaktinome werden Hypophysenadenome häufig durch eine Operation entfernt. Wenn das nicht möglich ist, kann eine medikamentöse Behandlung oder mitunter auch eine Strahlentherapie notwendig werden. Bei der Behandlung aggressiver Hypophysenadenome hat sich eine Behandlung mit dem Chemotherapeutikum Temozolomid als geeignet herausgestellt.

Eine weitere Erkrankung ist die Entzündung der Hirnanhangdrüse. Sie kann ähnliche Symptome hervorrufen wie Tumoren. Deshalb rät Elbelt dazu, vor jeder Operation die Möglichkeit einer Entzündung der Hirnanhangdrüse in Betracht zu ziehen. Sie ist mit geschätzt einem Neuerkrankungsfall auf sieben Millionen Einwohner äußerst selten. Die Ursache der primären Hypophysitis ist eine Abwehrreaktion des Immunsystems (Autoimmunerkrankung). Sie kann auch infolge anderer Erkrankungen auftreten. „Auch hier haben wir es mit Raumforderungen zu tun, die Kopfschmerzen, Sehstörungen, Hormonmangelzustände und insbesondere Harnflut und damit einhergehend ein starkes Durstgefühl hervorrufen“, sagt der Experte. Für die sichere Abgrenzung von Adenom und Hypophysitis kann neben bildgebenden Verfahren im Einzelfall auch eine Gewebebiopsie erforderlich sein. Die Therapie der Hypophysitis besteht im Ersatz der fehlenden Hormone. Insbesondere bei sehr starken Kopfschmerzen kann zusätzlich zum Hormonersatz die Gabe von Glukokortikoiden notwendig werden, die fast immer zu einer deutlichen Besserung der Kopfschmerzen führen.

Die größte Herausforderung liegt für die Ärzte darin, dass es insgesamt nur wenige Fälle gibt. Umso wichtiger ist es, auf nationaler Ebene im Austausch zu sein. „Fallsammlungen sind auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft Hypophyse und Hypophysentumore der DGE erstellt worden, deren Stellenwert ist sehr hoch“, sagt Elbelt. Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Mediensprecher der DGE und Leiter der Endokrinologie der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ergänzt: „Wenn Erkrankungen sehr selten sind, ist der individuelle Erfahrungsschatz eines Arztes natürlich beschränkt. Für das Behandlungsteam sind daher aus Fallsammlungen abgeleitete Erkenntnisse ausgesprochen hilfreich.“

#### Literatur:

Honegger J, Schlaffer S, Menzel C, Droste M, Werner S, Elbelt U, Strasburger C, et al.: Pituitary Working Group of the German Society of Endocrinology. Diagnosis of Primary Hypophysitis in Germany. J Clin Endocrinol Metab. 2015 Oct;100(10):3841-9. doi: 10.1210/jc.2015-2152. Epub 2015 Aug 11.



Honegger J, Buchfelder M, Schlaffer S, Droste M, Werner S, Strasburger C, et al.: Pituitary Working Group of the German Society of Endocrinology. Treatment of Primary Hypophysitis in Germany. J Clin Endocrinol Metab. 2015 Sep;100(9):3460-9. doi: 10.1210/jc.2015-2146. Epub 2015 Jun 19.

Raverot G, Burman P, McCormack A, Heaney A, Petersenn S, Popovic V, et al.: European Society of Endocrinology. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the management of aggressive pituitary tumours and carcinomas. Eur J Endocrinol. 2018 Jan;178(1):G1-G24. doi: 10.1530/EJE-17-0796. Epub 2017 Oct 18. Review.

*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.*



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## **PRESSEMITTEILUNG**

### **Erbliche Fettstoffwechselstörung: Hochrisikopatienten früh diagnostizieren und behandeln Neue europäische Leitlinie setzt auf noch niedrigere LDL-Zielwerte**

**Berlin, 12. September 2019 – Fettstoffwechselstörungen sind eine Hauptursache für Atherosklerose, auch unter „Gefäßverkalkung“ bekannt, mit den möglichen Folgen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Gefäßverschluss in den Beinen. Wenn erhöhte Blutfette in der Familie liegen, also erblich bedingt sind, ist die Gefahr groß, schon in jungen Jahren kardiovaskuläre Ereignisse zu erleiden. Diese Hochrisikopatienten müssen früh erkannt und therapiert werden, um die Prognose zu verbessern. Eine neue europäische Lipid-Leitlinie empfiehlt diesen und anderen Patientengruppen nun noch niedrigere Zielwerte beim LDL-Cholesterin als bisher. Welche Konsequenzen sich aus der neuen Leitlinie für eine personalisierte und individualisierte Therapie ergeben, diskutierten Experten auf einer Pressekonferenz am 12. September 2019 anlässlich der 4. Deutschen Hormonwoche (14. bis 21. September) in Berlin.**

Hohe Cholesterinspiegel, auch Hypercholesterinämie genannt, haben einen großen Einfluss auf die Gefäße und die Entstehung von Atherosklerose. Es entstehen sogenannte Plaques, unter anderem durch Ablagerung von Cholesterin in der Gefäßwand, wodurch sich das Gefäß verengt und verhärtet („Verkalkung“). Zu den Folgeerkrankungen zählen Herzinfarkt und Schlaganfall.

Fettstoffwechsel-Störungen können primär (erblich) oder sekundär (erworben) sein. 80 Prozent des Cholesterins bildet der Körper selber, nur 20 Prozent werden über die Nahrung zugeführt. Bei der erblichen Form sprechen Mediziner von einer familiären Hypercholesterinämie (FH). Dr. med. Ulrike Schatz, Fettstoffwechsel-Expertin an der Technischen Universität Dresden erklärt: „Die familiäre Hypercholesterinämie wird häufig erst diagnostiziert, wenn es zu einem ‚Ereignis‘ – also Herzinfarkt oder Schlaganfall in jungen Jahren – kommt. Die FH führt von Geburt an zu sehr hohen Cholesterinwerten im Blut, woraus ein hohes Risiko für vorzeitige Gefäßverkalkungen entsteht.“ Bei der reinerbigen (homozygoten) Form könnten Herzinfarkte bereits im Kindesalter auftreten, bei der heterozygoten Form (Genmutation nur von einem Elternteil geerbt), schon vor dem 55. Lebensjahr, weiß die Expertin.

In Deutschland wird die Neuerkrankungsrate auf eins zu 300 geschätzt, das sind circa 270 000 Menschen mit FH. „Nur etwa zehn Prozent der Fälle werden diagnostiziert, 80 Prozent davon erreichen ihre Behandlungsziele nicht“, so Schatz. Die FH gilt als Hochrisikokonstellation für Herzinfarkt und Schlaganfall.

Um herauszufinden, ob eine familiäre Hypercholesterinämie vorliegt, empfiehlt die Expertin ein sogenanntes Kaskaden-Screening. Bei diesem untersuchen Ärzte die Verwandten ersten Grades (Eltern, Großeltern, Geschwister) des „Indexpatienten“, da die Erkrankung autosomal dominant, also von Generation zu Generation vererbt wird. „Durch eine frühzeitige effektive Therapie lässt sich die Prognose dieser Patienten ausschlaggebend verbessern“, so die Expertin.

Fettstoffwechsel-Störungen behandeln Mediziner, indem sie das individuelle Risiko des Patienten bewerten und dann mit ihm die Zielwerte des LDL-Cholesterins definieren. Die Behandlung folgt einer sogenannten Stufentherapie, die auf Lebensstil- und Diätmaßnahmen basiert, gefolgt von Medikamenten mit verschiedenen Wirkmechanismen und als letzte Möglichkeit die Lipoproteinapherese, also eine Blutwäsche von den Fetten.

Welche Zielwerte mit Medikamenten und Lebensstiländerungen erreicht werden sollten, beantwortet die am 31. August 2019 auf dem Kongress der Europäischen Gesellschaften für Kardiologie (ESC) und Atherosklerose (EAS) präsentierte und im European Heart Journal publizierte Lipid-Leitlinie jetzt neu. Sie empfiehlt eine „aggressivere“ Herangehensweise als bisher mit noch tieferen Zielwerten für LDL-Cholesterin – nach der Maxime „je niedriger, desto besser“. Dabei werden vier Patientenklassen gebildet, je nach ihrem Herz-Kreislauf-Risiko durch Komorbiditäten und dem Zehn-Jahres-Risiko für eine tödliche kardiovaskuläre Erkrankung. Der Zielwert für das LDL-C soll bei Höchstisikopatienten – darunter auch Menschen mit familiärer Hypercholesterinämie und kardiovaskulärer Erkrankung oder mit weiteren Risikofaktoren –  $< 55$  mg/dl ( $< 1,4$  mmol/l) betragen. Der alte Wert lag bei  $< 70$  mg/dl ( $< 1,8$  mmol/l). Gab es innerhalb von zwei Jahren trotz maximaler lipidsenkender Therapie ein zweites vaskuläres Ereignis (damit ein Progress), soll noch weiter gesenkt werden, auf  $< 40$  mg/dl ( $< 1,0$  mmol/l). Für Patienten mit hohem Risiko rutscht der Zielwert für das LDL-C von 2016 noch  $< 100$  mg/dl ( $< 2,6$  mmol/l) definiert auf nun  $< 70$  mg/dl ( $< 1,8$  mmol/l). Patienten mit moderatem Risiko haben nun nicht mehr den Zielwert  $< 116$  mg/dl ( $< 3,0$  mmol/l), sondern  $< 100$  mg/dl ( $< 2,6$  mmol/l). Bei Menschen mit einem niedrigen kardiovaskulären Risiko ist der Zielwert gleichgeblieben und liegt bei  $< 116$  mg/dl ( $< 3,0$  mmol/l).

Professor Dr. med. Matthias M. Weber, Mediensprecher der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, ergänzt: „Wir müssen vor allem das Bewusstsein für diese Form der Fettstoffwechsel-Störung steigern. Die FH ist eine gut therapiebare Erkrankung. Früh erkannt, können schwere Komplikationen wie ein Herzinfarkt in jungen Jahren verhindert werden.“ Schatz ergänzt: „Wenn wir frühzeitig die Diagnose stellen und die Hypercholesterinämie sowie alle weiteren Risikofaktoren strikt einstellen, so können wir das Risiko dieser Patienten auf das der Allgemeinbevölkerung senken.“ Entsprechend der neuen LL-Empfehlungen heißt es nun: „Je niedriger und je früher, desto besser“.

Literatur:

Mach F, Baigent C, Catapano AL. et al.: 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: *lipid modification to reduce cardiovascular risk*: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)  
*European Heart Journal*, ehz455, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>.

Schatz H: Fettstoffwechselstörungen aggressiv behandeln – die Lipid-Leitlinien 2019 der Europäischen Gesellschaften für Kardiologie und Atherosklerose. DGE-Blogbeitrag vom 5. September 2019

*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:

**4. Deutsche Hormonwoche vom 14. bis 21. September 2019**

<https://www.endokrinologie.net/hormonwoche-2019.php>

Kontakt für Rückfragen:

DGE-Pressestelle

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-380, Telefax: 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)

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Schilddrüsenknoten: mit moderner Diagnostik zu einer erfolgreichen Therapie**

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

Knoten der Schilddrüse sind ein häufiger Befund in der Allgemeinbevölkerung. Bereits durch eine körperliche Untersuchung mit Abtasten der Schilddrüse (SD) sind sie bei bis zu 20 Prozent der Menschen nachweisbar. Durch die zunehmende Verbreitung von bildgebenden Verfahren hat auch die Häufigkeit von SD-Knoten deutlich zugenommen: Sie beträgt für den Ultraschall (US) etwa 50 bis 70 Prozent. Doch sind diese bösartig oder gutartig? Das zu unterscheiden ist nicht einfach, aber ausschlaggebend für die richtige Therapie.

Das Risiko für zufällig entdeckte SD-Knoten, bösartig zu sein, ist nur sehr gering. Im klinischen Alltag ist man daher konfrontiert mit dem Problem der hohen Anzahl zufällig entdeckter SD-Knoten, die aber auf der anderen Seite ein sehr niedriges Bösartigkeitsrisiko aufweisen. Dieses Problem wird besonders anschaulich an den Folgen von Screeningprogrammen: In Südkorea hat ein Screening auf Schilddrüsenkrebs mittels US zu einer circa 1 500-prozentigen Zunahme von SD-Krebs, meist kleinen Karzinomen, geführt. Da dadurch auch die Anzahl von SD-Operationen entsprechend zugenommen hat, stieg entsprechend die Anzahl von operativen Komplikationen: Elf Prozent hatten eine postoperative Unterfunktion der Nebenschilddrüse, zwei Prozent Lähmungen der Stimmbandnerven. Die Sterblichkeit an SD-Krebs hingegen blieb unverändert – eine typische Konstellation für eine Überdiagnostik und -therapie.

In Deutschland ist die Zahl der Schilddrüsenoperationen zwar rückläufig, aber nach wie vor hoch – hierzulande führen Ärzte mehr als doppelt so viele Operationen pro 100 000 Einwohner durch als beispielsweise in England, den Niederlanden oder Skandinavien – die Sterblichkeit an Schilddrüsenkrebs ist hierzulande jedoch nicht geringer.

Überdiagnostik und -therapie in der Schilddrüsenmedizin führen nicht nur zu höheren Kosten und behandlungsabhängigen Krankheiten, sondern vor allem werden Lebensqualität und -erwartung der Patienten nicht verbessert. Moderne ultraschallbasierte Diagnostik kann hier helfen, unnötige Operationen zu vermeiden, ohne dabei bösartige Befunde zu übersehen. Die Verwendung neuer, wissenschaftlich evaluierter Befunderhebungen beim US führt nachweislich zu einer genaueren Charakterisierung und Risikostratifizierung von Schilddrüsenknoten. Inzwischen hat auch die ultraschallbasierte Messung der Knotenhärte, die sogenannte Elastografie, die für den Patienten mit keinerlei Belastung verbunden ist, einen wichtigen Stellenwert. Hiermit wird die Anzahl der Patienten, die weitere Diagnostik wie eine Gewebeprobe oder auch eine Operation benötigen, deutlich reduziert.

*Pressekonferenz anlässlich der 4. Deutschen Hormonwoche (14. bis 21. September 2019)  
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Donnerstag, 12. September 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Häufig kann auch direkt Entwarnung gegeben und die Knoten können lediglich beobachtet werden. Erfolgreiche Therapie durch moderne Diagnostik bedeutet damit, das Ergebnis für den Patienten mit Schilddrüsenknoten zu verbessern und unnötige Operationen zu vermeiden.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, September 2019

## EXPERTENSTATEMENT

### **Wenn Fettstoffwechselstörungen in der Familie liegen: durch personalisierte Risikoabschätzung und neue Therapieoptionen Herz- und Gefäßerkrankungen verhindern**

Dr. med. Ulrike Schatz, Funktionsoberärztin, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Die familiäre Hypercholesterinämie (FH) ist eine unterdiagnostizierte und unterbehandelte Erberkrankung. Sie führt durch eine Störung des LDL-Stoffwechsels zu sehr hohen Cholesterinwerten im Blut von Geburt an und damit zu der Gefahr des Auftretens von Gefäßverkalkungen, Herzinfarkten und Schlaganfällen in jungen Jahren. Bei der reinerbigen (homozygoten) Form können Herzinfarkte bereits im Kindesalter auftreten, bei der heterozygoten Form (Genmutation nur von einem Elternteil geerbt) schon vor dem 55. Lebensjahr.

Obwohl man aktuell von einer Inzidenz von eins zu 300 in Deutschland ausgehen kann (das heißt circa 270 000 Menschen), werden nur circa zehn Prozent diagnostiziert und 80 Prozent erreichen ihre Behandlungsziele nicht.

Da hohe Blutfette „nicht wehtun“, fallen unbehandelte Patienten häufig erst mit einer schwerwiegenden Komplikation wie zum Beispiel einem Herzinfarkt in jungen Jahren auf und werden erst dann therapiert. Herzinfarkte können auch tödlich verlaufen.

Im Vordergrund der Behandlung bei Fettstoffwechselstörungen steht die individuelle Risikobewertung, anhand derer dann die Zielwerte des LDL-Cholesterins definiert werden.

Die familiäre Hypercholesterinämie gilt als Hochrisikokonstellation. Die frühzeitige Diagnose und effektive Therapie können die Prognose der Patienten deutlich verbessern und Komplikationen wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle effektiv verhindern.

Bei der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen wendet man die sogenannte Stufentherapie an. Basis sind Lebensstil- und Diätmaßnahmen, gefolgt von Statinen nach wie vor als Goldstandard und Klasse-IA-Indikation – im nächsten Schritt Ezetimib, gegebenenfalls Gallensäureresorptionshemmer. In besonderen, vom G-BA genau festgelegten Situationen kommt eine Antikörpertherapie zum Einsatz (PCSK9-Hemmer) und als Ultima Ratio steht die Lipoproteinapherese zur Verfügung.

In der **neuen ESC/EAS-Lipidleitlinie, welche vor wenigen Tagen im September 2019 auf dem Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie** in Paris präsentiert wurde, wird nun eine noch aggressivere Lipidtherapie mit noch niedrigeren Zielwerten definiert („**the lower the better**“):

*1. Höchststrisikopatienten (Zehn- Jahres-Risiko für kardiovaskulären Tod unter zehn Prozent): Ziel-LDL-C < 1,4 mmol/l (< 55 mg/dl) oder mindestens 50 Prozent Reduktion des LDL-C.*

Höchstisikopatienten mit zweitem vaskulärem Ereignis innerhalb von zwei Jahren trotz maximaler lipidsenkender Therapie: Ziel-LDL-C  $< 1,0 \text{ mmol/l}$  ( $< 40 \text{ mg/dl}$ ),

2. Hochrisikopatienten (Zehn-Jahres-Risiko für kardiovaskulären Tod fünf bis zehn Prozent): Ziel-LDL-C  $< 1,8 \text{ mmol/l}$  ( $< 70 \text{ mg/dl}$ ) oder mindestens 50 Prozent LDL-C-Reduktion.

3. Patienten mit moderatem Risiko (Zehn-Jahres-Risiko für kardiovaskulären Tod ein bis fünf Prozent): Ziel-LDL-C  $< 2,6 \text{ mmol/l}$  ( $< 100 \text{ mg/dl} = \text{UHU [unter hundert]}$ ).

4. Patienten mit niedrigem Risiko (Zehn-Jahres-Risiko für kardiovaskulären Tod unter ein Prozent): Ziel-LDL-C  $< 3 \text{ mmol/l}$  ( $< 116 \text{ mg/dl}$ ). Auch die neue ACC/AHA-Leitlinie der Amerikaner verlässt inzwischen wieder die „Fire and Forget“-Strategie und stellt wieder auf Zielwerte für LDL-Cholesterin ab.

Durch Einschätzen des kardiovaskulären Risikos der Patienten wird eine personalisierte individualisierte Therapie ermöglicht mit verschiedenen Therapieintensitäten, was zur Risikoreduktion führt.

### **Welche – auch gesundheitspolitischen – Forderungen lassen sich darüber hinaus ableiten?**

Bei der familiären Hypercholesterinämie (FH) die Aufklärung essenziell und ein sogenanntes Kaskadenscreening zu empfehlen – das heißt, dass Verwandte ersten Grades des „Indexpatienten“ zu untersuchen sind, da die Erkrankung autosomal dominant vererbt wird, also von Generation zu Generation. Durch eine frühzeitige effektive Therapie lässt sich die Prognose dieser Patienten ausschlaggebend verbessern.

Daher sollte die Awareness für familiäre Hypercholesterinämie gesteigert werden.

Als Bemühungen zur Aufklärungsarbeit laufen Kampagnen wie zum Beispiel „Check Dein Herz“ ([www.checkdeinherz.de](http://www.checkdeinherz.de)). Zudem wird aktuell ein Register mit Kaskadenscreening zurzeit in Deutschland zur FH etabliert („CaRe High“: [www.carehigh.de](http://www.carehigh.de)), wodurch die Dunkelziffer reduziert werden soll und Herzinfarkte und Schlaganfälle so weit wie möglich verhindert werden sollen, nach dem Vorbild anderer Länder wie Holland, den USA und England, die hier schon viel erreicht haben.

### **Fazit**

1. Die Awareness für genetische Fettstoffwechselstörungen muss in Deutschland gesteigert werden, um möglichst zu verhindern, dass diese gut therapierbare Erkrankung durch eine schwere Komplikation wie einen Herzinfarkt in jungen Jahren erst auffällt.
2. Die frühzeitige Diagnostik (Kaskadenscreening) und effektive Therapie unter Berücksichtigung aller kardiovaskulären Risikofaktoren können das Risiko dieser Hochrisikopatienten fast auf jenes der Allgemeinbevölkerung reduzieren (in Bezug auf die LDL-Cholesterin-Senkung gilt: **„the lower the**



**better“ und „the earlier the better“, nun noch niedrigere LDL-C-Zielwerte in den neuen ESC/EAS-Lipidleitlinien 2019).**

3. Zu beiden Punkten laufen gegenwärtig Projekte wie „Check Dein Herz“ und die „CaRe High“-Studie über die D-A-CH-Gesellschaft Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V.

**Literaturhinweise:**

Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al.: 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: *lipid modification to reduce cardiovascular risk*: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

*European Heart Journal*, ehz455, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>.

Schatz H: Fettstoffwechselstörungen aggressiv behandeln – die Lipid-Leitlinien 2019 der Europäischen Gesellschaften für Kardiologie und Atherosklerose. DGE-Blogbeitrag vom 5. September 2019

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, September 2019

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Kopfschmerz, Sehstörungen und hormonelle Mangelzustände: Wie sind Erkrankungen der Hirnanhangdrüse zu behandeln?**

Priv.-Doz. Dr. med. Ulf Elbelt

Oberarzt, Medizinische Klinik B, Campus Ruppiner Kliniken, Medizinische Hochschule Brandenburg

Die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) liegt an der Basis des Gehirns in einer knöchernen Vertiefung (Sella turcica) und nimmt eine wichtige Vermittlungsfunktion zwischen dem zentralen Nervensystem und den hormonbildenden Drüsen des Körpers ein. Die Hypophyse lässt sich funktionell und anatomisch unterteilen. Während der Hypophysenvorderlappen (Adenohypophyse) ein eigenständiges endokrines Organ ist, das unter dem Einfluss hypothalamischer (Freisetzungs-)Hormone die Funktionen von Wachstum, Keimdrüsen, Schilddrüse, Nebennieren und Brustdrüse über die Freisetzung von Hormonen steuert, besteht der Hypophysenhinterlappen (Neurohypophyse) aus Zellfortsätzen hypothalamischer Nervenzellen, in denen Hormone insbesondere zur Regulation des Wasserhaushalts gespeichert und bei Bedarf in die Blutbahn abgegeben werden.

Raumforderungen im Bereich der Hypophysenloge lassen sich mittels Bildgebung bei bis zu zehn Prozent der Menschen darstellen. Raumforderungen, die einen Krankheitswert haben, sind jedoch selten. Ihre Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) liegt bei knapp unter 100 pro 100 000 Einwohner. In über 80 Prozent handelt es sich um Raumforderungen, die vom Hypophysenvorderlappengewebe ausgehen, sogenannte Hypophysenadenome.

Durch die enge Lagebeziehung der Hypophyse zur oberhalb der Hypophysenloge verlaufenden Sehnervenkreuzung können Raumforderungen im Bereich der Hypophysenloge zu Gesichtsfeldeinschränkungen bis hin zur Erblindung führen. Vermutlich durch Dehnung der die Hypophysenloge zum Gehirn hin abdeckenden Hirnhaut können auch ausgeprägte Kopfschmerzen auftreten. Diese Krankheitszeichen werden als Lokalsymptome durch Verdrängung gewertet. Hypophysenadenome erlangen jedoch hauptsächlich Krankheitswert durch die unregulierte und gesteigerte Produktion und Freisetzung von Hormonen, die im Fall eines Prolaktinoms zu Milchfluss und Zyklusstörungen beziehungsweise bei Männern zu sexueller Lustlosigkeit und Erektionsstörungen führen können. Seltener bewirken hormonaktive Hypophysenadenome eine Akromegalie (gesteigerte Freisetzung von Wachstumshormon) oder zum Morbus Cushing, bei dem die vermehrte Cortisolfreisetzung aus den Nebennieren zu zahlreichen Problemen des Stoffwechsels und des Herz-Kreislauf-Systems führt. Sogenannte hormoninaktive Hypophysenadenome setzen nicht gesteigert Hormone frei. Ihr Wachstum bleibt zumeist lange Zeit unbemerkt. Durch Verdrängung kann es zur Störung der hypophysären Hormonregulation kommen, sodass in Folge Hormonmangelzustände der Keimdrüsen, der Schilddrüse und insbesondere der Nebenniere zu mitunter lebensbedrohlichen gesundheitlichen Problemen führen können. Zu Beginn sind die Symptome von hypophysär bedingten Hormonmangelzuständen wie Müdigkeit, Leistungsminderung, Lustlosigkeit, Abnahme der

Muskelmasse häufig unspezifisch und vielfältig, sodass sie zunächst als üblicher „Alterungsprozess“ fehlinterpretiert werden. In der körperlichen Untersuchung können Blässe, feine Hautfältelung im Bereich der Stirn, trockene Haut und ein Rückgang der Schambehaarung richtungsweisend sein. Ein bestehender Hormonmangel muss zum Erlangen von Wohlbefinden und der Vermeidung schwerer Komplikationen ausgeglichen werden.

Mit Ausnahme der Prolaktinome bedarf es bei diesen Hypophysenadenomen häufig einer Operation, um drohende Gesichtsfeldeinschränkungen zu vermeiden. Bei Inoperabilität oder Resttumor nach Operation kann eine medikamentöse Therapie versucht und mitunter auch eine Strahlentherapie notwendig werden.

Zehn bis 15 Prozent aller Hypophysenadenome zeigen einen ungünstigen klinischen Verlauf. Diese sogenannten aggressiven Hypophysentumoren weisen trotz leitliniengerechter Therapie ein rasches Wachstum auf. Feingewebliche Untersuchungen am Operationspräparat sagen den ungünstigen Verlauf nur sehr eingeschränkt voraus. Seit etwas über zehn Jahren gibt es Fallberichte zur Wirksamkeit einer Behandlung mit dem Chemotherapeutikum Temozolomid bei Patienten mit aggressiven Hypophysentumoren oder den nur als Rarität auftretenden Hypophysenkarzinomen. Da erfahrene Endokrinologen und Neurochirurgen oft nur wenige Patienten mit aggressiven Hypophysentumoren betreuen, wurde über die Arbeitsgemeinschaft (AG) Hypophyse und Hypophysentumore der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie eine nationale Zusammenstellung von Krankheitsfällen erstellt, um aus der gemeinsamen Auswertung Empfehlungen zur Behandlung ableiten zu können. Unter der relativ gut verträglichen Chemotherapie mit Temozolomid konnte im Mittel für knapp zwei Jahre Progressionsfreiheit erzielt werden. In den zwischenzeitlich verfassten europäischen Leitlinien wird Temozolomid als Chemotherapeutikum der ersten Wahl empfohlen.

Eine weitere sehr seltene Erkrankung ist die primäre Hypophysitis, für die eine Rate an Neuerkrankungen mit einem Fall pro sieben Millionen Einwohner angegeben wird. Aus eigener Erfahrung wird die Hypophysitis damit in ihrer Häufigkeit jedoch unterschätzt. Die Hypophysitis ist eine wichtige Differenzialdiagnose zum Hypophysenadenom. Daher sollte vor jeder Operation die Möglichkeit des Vorliegens einer Hypophysitis bedacht werden. Klinisch sind stärkste Kopfschmerzen, das Auftreten von Hormonmangelzuständen und eines Diabetes insipidus centralis richtungsweisend. Der Diabetes insipidus centralis wird durch einen Mangel des im Hypophysenhinterlappen gespeicherten antidiuretischen Hormons hervorgerufen. Er ist durch eine vermehrte Urinausscheidung und ein gesteigertes Durstgefühl mit vermehrtem Trinken gekennzeichnet. In der Bildgebung mittels Kernspintomografie findet sich bei der Hypophysitis als Hinweis häufig ein verdickter Hypophysenstiel. Auch für diese seltene Erkrankung konnte von der AG Hypophyse und Hypophysentumore der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie eine 76 Krankheitsfälle umfassende Fallsammlung zusammengestellt und analysiert werden. In zwei

Veröffentlichungen konnten sowohl diagnostische Hinweise präzisiert als auch der Stellenwert unterschiedlicher Therapieansätze wie Beobachtung, entzündungshemmende Therapie mit Glukokortikoiden und Operation gegeneinander abgegrenzt werden.

Bei sehr seltenen Erkrankungen kann der individuelle Erfahrungsschatz bezüglich Diagnostik und Therapie selbst für langjährig tätige Endokrinologen und Neurochirurgen nur beschränkt sein. Durch prospektive Studien untermauerte Erkenntnisse sind kaum verfügbar. Für die klinische Entscheidungsfindung des Behandlungsteams sind daher aus Fallsammlungen abgeleitete Erkenntnisse ausgesprochen hilfreich.

Literatur:

Honegger J, Schlaffer S, Menzel C, Droste M, Werner S, Elbelt U, Strasburger C, Störmann S, Küppers A, Streetz-van der Werf C, Deutschbein T, Stieg M, Rotermund R, Milian M, Petersenn S; Pituitary Working Group of the German Society of Endocrinology. Diagnosis of Primary Hypophysitis in Germany. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Oct;100(10):3841-9. doi: 10.1210/jc.2015-2152. Epub 2015 Aug 11.

Honegger J, Buchfelder M, Schlaffer S, Droste M, Werner S, Strasburger C, Störmann S, Schopohl J, Kacheva S, Deutschbein T, Stalla G, Flitsch J, Milian M, Petersenn S, Elbelt U; Pituitary Working Group of the German Society of Endocrinology. Treatment of Primary Hypophysitis in Germany. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Sep;100(9):3460-9. doi: 10.1210/jc.2015-2146. Epub 2015 Jun 19.

Raverot G, Burman P, McCormack A, Heaney A, Petersenn S, Popovic V, Trouillas J, Dekkers OM; European Society of Endocrinology. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the management of aggressive pituitary tumours and carcinomas. *Eur J Endocrinol.* 2018 Jan;178(1):G1-G24. doi: 10.1530/EJE-17-0796. Epub 2017 Oct 18. Review.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Berlin, September 2019

## EXPERTENSTATEMENT

### **Schützt Ernährung mit unlöslichen Getreideballaststoffen vor Diabetes? Ergebnisse der Optimal Fiber Trial (OptiFiT)-Studie**

*Dr. med. Stefan Kabisch*

Studienarzt in der Abteilung für Klinische Ernährung am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke

In epidemiologischen Studien ist die Aufnahme unlöslicher Ballaststoffe – anders als bei löslichen Ballaststoffen – mit einem deutlich niedrigeren Risiko für Typ-2-Diabetes, aber auch für viele andere Erkrankungen (Malignome, kardiovaskuläre Erkrankungen, Infektionen) assoziiert. Viele Hypothesen zum möglichen Mechanismus blieben bislang ungeklärt, Faktoren wie eine möglicherweise begünstigte Gewichtsreduktion, ein verändertes Mikrobiom oder Effekte auf die Inkretine konnten bislang nicht schlüssig belegt werden. Ebenso fehlten bisher Daten aus langen interventionellen Studien. Die OptiFiT-Studie hat – gefördert von der Deutschen Diabetes-Stiftung – erstmals eine solche Erhebung als randomisierte kontrollierte Studie (RCT) vorgenommen.

Zwischen 2010 und 2012 wurden an zwei Standorten des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE) aus 652 Screenings insgesamt 180 Probanden mit gestörter Glukosetoleranz für eine Intervention mit Ballaststoffen rekrutiert. Sie erhielten für ein Jahr Ernährungsberatung nach dem PREDIAS-Konzept sowie zusätzlich – randomisiert und verblindet – ein Supplement mit beziehungsweise ohne unlösliche Ballaststoffe, das zweimal täglich über den Zeitraum von sogar zwei Jahren eingenommen werden musste. Mittels oralem Glukosetoleranztest (oGTT) und weiteren Laborwerten sollte der Stoffwechseleffekt der Ballaststoffe ermittelt werden.

Hauptaugenmerk galt der Verringerung der Diabetesinzidenz und der Verbesserung der Zwei-Stunden-Glukose im oGTT. Beide Ziele wurden nicht mit statistischer Signifikanz erreicht, im Trend lag die Diabetesinzidenz der Ballaststoffgruppe aber konstant 42 Prozent niedriger und auch im oGTT ist postprandial eine Tendenz zum Vorteil erkennbar. Ein signifikanter Unterschied ist beim HbA<sub>1c</sub> (sekundärer Endpunkt) zu sehen, das in der Placebo-Gruppe leicht anstieg (+0,1 Prozent in einem Jahr), bei der Ballaststoffgruppe aber konstant blieb.

Die Insulinsensitivität verbesserte sich langfristig über zwei Jahre ohne statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Subgruppe der weiblichen Teilnehmer zeigte eine signifikant stärkere Absenkung der Zwei-Stunden-Glukose unter Ballaststoffsupplementation nach einem Jahr.

Laut Korrelationsanalyse sind nur die Stoffwechselverbesserungen der Placebo-Gruppe vor allem durch Gewichtsreduktion, also Effekte der Ernährungsberatung, getragen. Die Daten zeigen auch, dass die Lebensstilumstellung (PREDIAS) viele Lebensfaktoren – aber kaum die Ballaststoffzufuhr –

verbessert. Dennoch erlangten in zwei Jahren 53 von 180 Studienteilnehmern wieder eine normale Glukosetoleranz.

Obwohl die primären Endpunkte von OptiFiT nicht erreicht wurden, liefert die Studie wertvolle Hinweise zur Effektstärke sowie zum Wirkmechanismus von unlöslichen Ballaststoffen. Deutlich wird außerdem, dass die Wirkung von Ernährungsberatung begrenzt ist und bereits bei der Lebensmittelproduktion und -auswahl entscheidende Verbesserungen, zum Beispiel durch Supplementation oder Fortifikation, erfolgen müssen.

In zukünftigen Publikationen wird sich unsere Forschergruppe mit der Wirksamkeit der PREDIAS-Beratung, prädiktiven Markern für Compliance und metabolische Response, Subgruppenanalysen sowie der Bedeutung verschiedener Biomarker zur Vorhersage und mechanistischen Beschreibung der Effekte auseinandersetzen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, September 2019

## **CURRICULUM VITAE**

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



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

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

### **Wissenschaftliche Forschungsgebiete**

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

### **Stipendien und Preise**

1978	Promotionsstipendium der Medizinischen Hochschule Hannover
1983	von Basedow-Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
1986–1988	DFG-Forschungsstipendium
1988	J.P.Healey Endowment Fund Award (University of Massachusetts, Worcester, USA)
1993	Felix-Hoppe-Seyler-Preis (Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin)
1996	Felix-Wankel-Tierschutz-Forschungspreis (Universität München)
1999	Alexander von Humboldt Polish Honorary Research Fellowship, Foundation for Polish Science
2006	Klaus-Schwarz-Medaille, International Association of Bioinorganic Scientists
2011	Berthold-Medaille, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
2016	Special Recognition Award, European Society of Endocrinology (ESE)
2016	Ehrenmitglied Polish Endocrine Society



*Pressekonferenz anlässlich der 4. Deutschen Hormonwoche (14. bis 21. September 2019)  
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Donnerstag, 12. September 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

- 2017 European Thyroid Journal Lecture (ETA)
- 2018 Peter Laurberg Prize Lecture 2018, Copenhagen (Danish Thyroid Society)
- 2019 Gabriel Bertrand Medal and Prize of the Federation of European Societies on Trace Elements and Minerals (FESTEM)

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. 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 am Main, 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 am Main, 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 Medizin 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 (Lipid-Liga)
- Seit 7/2016 Stellvertretender Klinikdirektor der Medizinischen 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 4. Deutschen Hormonwoche (14. bis 21. September 2019)  
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
Donnerstag, 12. September 2019, 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 Neuroendocrine Tumors ENET

### **Wissenschaftliche Schwerpunkte**

Elastografie der Schilddrüse, nicht invasive Fibrosemessung bei nicht alkoholischer Fettlebererkrankung (NAFLD), Vitamin-D-Stoffwechsel

## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Ulrike Schatz  
Funktionsoberärztin, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl  
Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden



## **Akademische Ausbildung**

- 1996 Cambridge Certificate of Proficiency in English
- Bis 2006 Medizinstudium an den Universitäten Marburg, Tübingen sowie Tasmanien, Australien
- 2006 Approbation und Promotion zum Thema „Freie Fettsäure-induzierte Apoptose und Proteinkinase C-Expressionsmuster in Endothel- und glatten Muskelzellen humaner Koronararterien“ bei Professor Dr. M. Kellerer und Prof. HU Häring an der Universität Tübingen
- Seit 2006 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
- Seit 2007 Investigator (sub- und principal investigator) diverser klinischer Studien auf dem Gebiet der Diabetologie und Lipidologie
- 2014 Fachärztin für Innere Medizin, Anerkennung Lipidologie DGFF und Diabetologin DDG  
Funktionsoberärztin Medizinische Klinik III des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Direktor: Prof. SR Bornstein  
Stellvertretende Leiterin der Stoffwechselambulanz

## **Arbeitsgebiete/Schwerpunkte**

- Spezialambulanz Lipidologie, Diabetologie, Stoffwechselmedizin, Lipoproteinapherese
- Studentenunterricht und Vorlesungstätigkeit
- Umfangreiche Vortragstätigkeit zur Weiterbildung von Kollegen sowie auch zur Ausbildung von Lipidologen (Lehrtätigkeit für die DGFF) und zur Ausbildung von Diabetologen (Lehrtätigkeit für die DDG)
- wissenschaftliche Beiträge auf Kongressen
- Wissenschaftliche Schwerpunkte: multiple klinische Studien auf den Gebieten der Diabetologie sowie Lipidologie, Versorgungsforschung

### **Mitgliedschaften**

- Vorstandsmitglied der D-A-CH-Gesellschaft Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V.
- Beirat Sektion Diabetes und Stoffwechsel der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- DDG: Deutsche Diabetes Gesellschaft
- DGIM: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- BDI: Bund Deutscher Internisten
- DGFF: Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen, Lipid-Liga

### **Karitative Arbeit**

- Mitglied des World Doctors Orchestra (WDO) sowie der kammermusikalischen Formation des WDO mit circa drei großen Benefizkonzerten jährlich zugunsten medizinischer Hilfsorganisationen weltweit
- Mitglied des European Doctors Orchestra (EDO) sowie der kammermusikalischen Formation des EDO mit Benefizkonzerten europaweit zugunsten medizinischer Hilfsorganisationen
- Organisation eines großen Benefizkonzertes des World Doctors Orchestra in Dresden 2015 mit Generation von 50 000 Euro Spendengeldern für eine HIV- und eine Epilepsie-Stiftung
- Mitorganisation eines Benefizkonzertes in Dresden der Deutschen Kammerphilharmonie 2020 zugunsten des Sonnenstrahl e.V. (Kinderkrebshilfe) und der Kinderhilfe e.V.
- Ehemaliges Mitglied im Organisationsteam für Flüchtlingshilfen Medizin in Dresden sowie aktive Mithilfe in karitativer Versorgung von Flüchtlingen in Dresden

## Curriculum Vitae

Priv.-Doz. Dr. med. Ulf Elbelt  
Oberarzt, Medizinische Klinik B, Campus Ruppiner Kliniken,  
Medizinische Hochschule Brandenburg



## Akademische Ausbildung

1989–1996	Medizinstudium an der Georg-August-Universität Göttingen
1991	Ärztliche Vorprüfung
1992	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1995	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1995–1996	Praktisches Jahr, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost
1996	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1997	Promotion zum Doktor der Medizin an der Georg-August-Universität Göttingen: „Eine Untersuchung zur Lebenssituation schizophrener Patienten unter derzeitigen Behandlungsbedingungen“ Betreuer: Prof. Dr. med. P. Müller
2017	Verleihung der Lehrbefähigung für das Fach Innere Medizin Habilitationsschrift: „Einsatz eines Aktivitätsmonitors zur Evaluation von Ruheenergieumsatz, Aktivitätsthermogenese und Bewegungsverhalten bei Gewichtsregulationsstörungen“ Verleihung der Lehrbefugnis für das Fach Innere Medizin

## Berufstätigkeit und Qualifikationserwerb

1997–2001	Assistenzarzt, Medizinische Universitätsklinik Würzburg (Direktor Prof. Dr. K. Kochsiek, nachfolgend Prof. Dr. G. Ertl)
2002–2003	Assistenzarzt, Medizinische Klinik, Krankenhaus St. Joseph-Stift, Bremen (Chefarzt Prof. Dr. S. Teyssen)
2003	Facharzt für Innere Medizin
2003–2004	Oberarzt, Medizinische Klinik, Krankenhaus St. Joseph-Stift, Bremen (Chefarzt Prof. Dr. S. Teyssen)
2004	Anerkennung Diabetologe DDG
2004–2006	Niedergelassener Internist im Endokrinologikum Berlin
2006	Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie

2006-2007	Oberarzt, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie (Leiter Prof. Dr. B. Allolio), Medizinische Universitätsklinik Würzburg (Direktor Prof. Dr. G. Ertl)
2007	Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie
2008-2011	Oberarzt, Bereich Klinische Endokrinologie (Leiter: Prof. Dr. C.J. Strasburger), Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin (Direktor: Prof. Dr. H. Lochs, nachfolgend Prof. Dr. M. Zeitz)
2009	Zusatzbezeichnung Diabetologie
2011-2019	Oberarzt, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes und Ernährungsmedizin (Direktor: Prof. Dr. J. Spranger), Charité – Universitätsmedizin Berlin
seit 2019	Oberarzt, Medizinische Klinik B (Chefarzt: Prof. Dr. Dr. K.-H. Weylandt), Campus Ruppiner Kliniken, Medizinische Hochschule Brandenburg und angestellter Internist im MVZ Endokrinologikum Berlin

### **Nebentätigkeit**

seit 2015	Gastdozent im Studiengang Diätetik für Diätassistentinnen und Diätassistenten der Hochschule Neubrandenburg
-----------	---

### **Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften**

seit 1999	Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
seit 2000	Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
seit 2002	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

### **Funktion in wissenschaftlichen Gesellschaften**

seit 2010	Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft Hypophyse und Hypophysentumore der DGE
seit 2016	Wissenschaftlicher Beirat der Sektion Neuroendokrinologie der DGE

### **Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen**

2017	21. Jahrestagung der Sektion Neuroendokrinologie (back to back) mit der AG Hypophyse der DGE, 30.11. und 1.12.2017, Berlin
------	--



## Curriculum Vitae

Dr. med. Stefan Kabisch  
Studienarzt in der Abteilung für Klinische Ernährung am Deutschen  
Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIFE)



## Akademische Ausbildung

2002–2008	Studium der Humanmedizin, Universität Leipzig
2004	Ärztliche Vorprüfung (Physikum), Note 1,0
2008	Staatsexamen, Note 1,5
2009	Ärztliche Approbation
2008–2012	Promotionsstudium, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Leipzig, und Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, Leipzig <i>„Zentralnervöse Effekte des GLP-1-Rezeptoragonisten Exenatide auf behavio- rale Korrelate von Hunger und Sättigung bei adipösen Männern – eine fMRT- Studie</i>
2014	Promotion zum Dr. med. (magna cum laude)

## Aktuelle Tätigkeit

2012 bis heute	Studienarzt/wissenschaftlicher Mitarbeiter, Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke, Abteilung Klinische Ernährung
----------------	--

## Förderungen und Preise

2001–2004	Stipendium des Studentennetzwerks e-fellows.net
2010–2012	Promotionsförderung der Studienstiftung des deutschen Volkes
2015	Travel Award, Jahrestagung DNSG, Toronto, Kanada
2016	Poster Award, IFADRC, Barcelona, Spanien
2017	Poster Award, IFADRC, Barcelona, Spanien
2017	Young Investigator Award, Jahrestagung DNSG, Skagen, Dänemark

### **Lehrtätigkeit**

2015 bis heute	Lehre im Rahmen des Habilitationsverfahrens (Untersuchungskurse, Seminare)
2014 bis heute	Betreuung von Bachelorstudenten (15), Masterstudenten (20) und Doktoranden (7)
2014 bis heute	Dozent für Weiterbildungskurse der DDG (Diabetesberater / Diabetologen)

### **Mitgliedschaften**

- Mitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
- Mitglied im Ausschuss „Ernährung“ der DDG
- Mitglied der European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- Mitglied der Diabetes Nutrition Study Group (DNSG) der EASD



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

### **Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE):**

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

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

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

Zum vierten Mal schreibt die DGE 2019/2020 einen **Medienpreis** aus. Der Wettbewerb richtet sich an Journalisten und Journalistinnen, die für Zeitungen oder Zeitschriften (Print oder Internet), Hörfunk oder Fernsehen arbeiten. Berücksichtigt werden Beiträge, die **zwischen dem 16. Februar 2019 und dem 15. Februar 2020** publiziert werden. Weitere Informationen werden in Kürze auf der Webseite der Fachgesellschaft [www.endokrinologie.net](http://www.endokrinologie.net) bekannt gegeben.

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

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

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

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



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

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

Zum vierten Mal schreibt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) den DGE-Medienpreis für journalistische Beiträge zu Erkrankungen des Hormonsystems und Störungen des Stoffwechsels aus. Bewerbungsschluss ist der 31. Januar 2020. Das Preisgeld beträgt 2.000 Euro. Der Medienpreis würdigt herausragende journalistische Arbeiten zu endokrinologischen Themen, die sorgfältig recherchiert, allgemeinverständlich formuliert sind und den Kriterien medizin-journalistischer Qualität entsprechen. Teilnehmen können Journalisten und Journalistinnen mit Beiträgen aus den Bereichen Print (Zeitungen, Zeitschriften sowie im Internet veröffentlichte Artikel), Fernsehen und Hörfunk. Es kann jeweils nur ein Einzelbeitrag eingereicht werden.

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

### Bewerbungsunterlagen

Eingereicht werden können Beiträge, die **zwischen dem 16. Februar 2019 und dem 31. Januar 2020** in einem deutschsprachigen Publikumsmedium veröffentlicht werden.

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

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

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

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

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

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

### DGE-Pressestelle:

Dagmar Arnold

Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart

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

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

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