



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## **Online-Pressekonferenz**

anlässlich der **Deutschen Hormonwoche (18. bis 25. September 2021)** der  
**Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

**Termin: Dienstag, 14. September 2021, 11.00 bis 12.00 Uhr**

**Ort:** Video-Konferenz

**Teilnahmelink:** <https://attendee.gotowebinar.com/register/1429701983782163984>

Vorläufiges Programm:

### **Kurze Einführung zur Hormonwoche**

*Professor Dr. rer. nat. Jan P. Tuckermann*

*Leiter des Instituts für Molekulare Endokrinologie der Tiere an der Universität Ulm, Vizepräsident der DGE und Organisator der Hormonwoche*

### **Übergewicht: Effizient und schonend abnehmen mit hormonwirksamen Medikamenten aus dem Magen-Darm-Trakt („Inkretinmimetika“)? Für wen die neuen Antidiabetika in Frage kommen**

*Univ. Professor Dr. med. Jochen Seufert*

*Leiter der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Freiburg*

### **Adipositas bei Kindern ist kein selbstgewählter Zustand (sondern eine Krankheit): die Rolle des Hungerhormons „Leptin“**

*Professor Dr. med. Martin Wabitsch*

*Sektionsleiter Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Ulm*

### **Transsexualität und Transgender in der endokrinologischen Praxis – worauf es bei der Behandlung ankommt**

*Professor Dr. med. Günter Stalla*

*Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V., Leiter Medcover Neuroendokrinologie, München*

*Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Thieme Communications*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle der DGE

Professor Dr. med. Stephan Petersenn (Mediensprecher)

Dr. Adelheid Liebendörfer und Katharina Kusserow

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

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

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

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

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

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Übergewicht: Effizient und schonend abnehmen mit hormonwirksamen Medikamenten aus dem Magen-Darm-Trakt („Inkretinmimetika“)? Für wen die neuen Antidiabetika in Frage kommen**

Univ. Professor Dr. med. Jochen Seufert, Leiter der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum Freiburg

Übergewicht und Adipositas nehmen in der Bevölkerung in allen Altersgruppen rasant zu, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen. Während Ernährungs- und Bewegungstherapie meist wenig effektiv und wenig langanhaltend sind, ist die Bariatrische Chirurgie durch beeindruckende Effekte stärker in den Behandlungsfokus getreten. Bislang wurden medikamentöse Behandlungsoptionen aufgrund geringer Effektivität und hoher Nebenwirkungsrate wenig eingesetzt. Neue hormonwirksame Medikamente auf Basis von Inkretinmimetika bieten aufgrund hoher Effektivität und guter Langzeitverträglichkeit nun neue medikamentöse Therapieoptionen für Menschen mit Übergewicht und Adipositas.

Übergewicht und Adipositas sind zu einem globalen Gesundheitsproblem geworden. Laut Robert Koch-Institut sind zwei Drittel der Männer (67 Prozent) und die Hälfte der Frauen (53 Prozent) in Deutschland übergewichtig (Body-Mass-Index (BMI) von 25 bis 30 kg/m<sup>2</sup>). Ein Viertel der Erwachsenen (23 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen) ist adipös (Body-Mass-Index (BMI) von 30 kg/m<sup>2</sup> oder mehr).

Adipositas kann zu Insulinresistenz, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen führen. Sie ist mit Komplikationen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und nichtalkoholischer Fettlebererkrankung verbunden – und sie vermindert die Lebenserwartung.

Früher wurden Übergewicht und Adipositas als individuelles Versagen des Einzelnen im Hinblick auf die Eigenkontrolle der Nahrungsaufnahme und der körperlichen Bewegung und des Energieverbrauchs gesehen, sodass hieraus eine Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten mit Schuldgefühlen und reaktiven Depressionen entstand. Im Gegensatz hierzu werden heute Übergewicht und Adipositas als eigenständige Erkrankungen angesehen und müssen durch professionelle medizinische Hilfe interdisziplinär behandelt werden. Diese Erkenntnis mündet in die aktuelle Entwicklung eines Disease Management Programms (DMP) „Adipositas“ zur besseren Versorgung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas in Deutschland.

Medikamentöse Hilfen haben sich in der Vergangenheit wiederholt als riskant erwiesen. Amphetamine wurden wegen des Suchtrisikos, Fenfluramin wegen einer Herztoxizität und zuletzt Lorcaserin wegen eines erhöhten Krebsrisikos vom Markt genommen.

Seit vielen Jahren werden von Hormonen aus dem Darm, sogenannten „Inkretinen“ abgeleitete Medikamente (Inkretinmimetika) für die Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 eingesetzt. Diese von dem Darmhormon Glucagon-like Peptide 1 (GLP-1) abgeleiteten sogenannten GLP1-Rezeptoragonisten imitieren die Wirkung des körpereigenen Hormons GLP-1 und senken nicht nur den Blutzucker bei Typ-2-Diabetes, sondern führen durch Wirkung am Sättigungszentrum im Gehirn und durch Wirkung am Magen-Darm-Trakt zu einer substantiellen Gewichtsreduktion. Diese Effekte wurden auch bei übergewichtigen und adipösen Menschen ohne Typ-2-Diabetes beobachtet, und eine höhere Dosierung dieser Medikamente führt dabei zu einem noch größeren Gewichtsverlust.

Bislang ist in Deutschland aus dieser Medikamentengruppe der GLP-1-Rezeptoragonist Liraglutid (Saxenda®) in einer Dosis bis zu 3 mg pro Tag als Subkutanspritze zugelassen. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Liraglutid für die Gewichtsregulierung in Verbindung mit einer verminderten Kalorienzufuhr und verstärkter körperlicher Aktivität wurden in vier randomisierten, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Phase-3-Studien (SCALE-Studienprogramm) untersucht, an denen insgesamt 5.358 Patienten teilnahmen. Durch dieses Medikament konnten im Studienprogramm Gewichtsreduktionen zwischen fünf und zehn Prozent über Behandlungszeiträume von ein bis drei Jahren erreicht werden. Dies war assoziiert mit deutlicher Verbesserung von Parametern des Metabolischen Syndroms. Die häufigste Nebenwirkung der Behandlung mit GLP-1-Rezeptoragonisten sind gastrointestinale Symptome wie Übelkeit und Erbrechen beziehungsweise Durchfall insbesondere zu Beginn der Behandlung, weshalb die Dosierungen langsam gesteigert werden. Saxenda® ist zugelassen als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (Adipositas) oder  $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  bis  $< 30 \text{ kg/m}^2$  (Übergewicht), bei denen mindestens eine gewichtsbedingte Begleiterkrankung, wie zum Beispiel Fehlregulation der glykämischen Kontrolle (Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2), Hypertonie, Dyslipidämie oder obstruktive Schlafapnoe, vorliegt. Ein Einsatz bei Jugendlichen  $>12$  Jahren mit einem BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  ist ebenfalls zugelassen.

Eine Weiterentwicklung ist der GLP-1-Rezeptoragonist Semaglutid, welcher nur einmal pro Woche gespritzt werden muss. In einer Dosierung bis zu 2,4 mg pro Woche wurde Semaglutid im STEP-Studienprogramm zur Gewichtsregulation untersucht. Hier konnten Gewichtsreduktionen von bis zu 18 Prozent des Körpergewichts erzielt werden. Ein solcher Effekt ist bislang durch medikamentöse Therapien nie erreichbar gewesen. Die Zulassung von Semaglutid als einmal wöchentliche Spritze für die Gewichtsreduktion wird für 2022 in Europa erwartet. Inzwischen gibt es sogar auch eine orale

Formulierung von Semaglutid als Tablette für die tägliche Einnahme. Auch diese Formulierung wird für den Einsatz bei Übergewicht und Adipositas in Studien untersucht.

Neuere Ansätze zur Verbesserung von Inkretinmimetika mit noch stärkerer Wirksamkeit auf das Körpergewicht sind sogenannte Inkretin-Coagonisten. Diese Moleküle aktivieren gleichzeitig mehrere Rezeptoren von Inkretinhormonen wie GLP-1, GIP und auch Glukagon. Ein erster Vertreter dieser neuen Medikamentenklasse ist Tirzepatide, ein kombinierter GLP-1/GIP-Coagonist. Erste Studienergebnisse aus dem SURPASS-Studienprogramm zeigen beeindruckende Gewichtsreduktionen von bis zu 20 Prozent des Körpergewichts innerhalb eines Jahres mit vergleichsweise guter Verträglichkeit. So starke Gewichtsreduktionen sind bislang nur durch Bariatrische Operationen zu erzielen gewesen. Von der Entwicklung von neuen Triple-Agonisten sind gegebenenfalls sogar noch größere Gewichtsreduktionen zu erwarten.

Zu erwähnen ist, dass diese neuen Medikamente zur Gewichtsreduktion nur auf individuellen Antrag mit medizinischer Begründung von den Krankenkassen erstattet werden, ansonsten die Kosten von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssen. Dies limitiert derzeit noch den breiten Einsatz dieser neuen Behandlungsoption.

Zusammenfassend bieten die aus Darmhormonen abgeleiteten Inkretinmimetika neue hoch effektive Behandlungsmethoden zur Unterstützung der Gewichtsreduktion bei Menschen mit Übergewicht und Adipositas und assoziierten Risikofaktoren des Metabolischen Syndroms. Neuere Medikamente können hier potenziell Gewichtsreduktionen erreichen, die ansonsten nur durch Bariatrische Operationen möglich waren.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Freiburg, September 2021

## EXPERTENSTATEMENT

### **Adipositas bei Kindern ist kein selbstgewählter Zustand (sondern eine Krankheit) - die Rolle des Hungerhormons „Leptin“**

Professor Dr. med. Martin Wabitsch, Sektionsleiter Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Ulm

Leptin ist ein Eiweißhormon, das im Fettgewebe gebildet wird. Wenn es fehlt oder wenn zu wenig davon gebildet wird, dann löst dies bei Kindern ein starkes Hungergefühl aus.

Leptin wird in der Blutbahn vom Fettgewebe zum Gehirn transportiert und wirkt dort auf alle hormonelle Regulationszentren (hat also eine starke umfassende Wirkung). Dies ist deshalb auch logisch, weil es ja die Energiereserven meldet, die für alle Prozesse im Körper und für Wachstum und Entwicklung notwendig sind.

Ist bei mangelnder Ernährung zu wenig Leptin vorhanden, dann wird dem Gehirn das Signal gegeben, dass der Körper zu wenig Energie hat. Die Energiespeicher (im Fettgewebe) werden kleiner.

Das Gehirn weiß nun, dass es sparsam mit der Energie umgehen muss und reagiert so:

- Die Körpertemperatur wird nach unten reguliert.
- Der Energieumsatz wird verringert.
- Es wird mit spontaner körperlicher Bewegung gespart.
- Das Höhenwachstum wird verlangsamt.
- Die Pubertätsentwicklung wird ausgesetzt.
- Die Fertilität wird blockiert.

Dies alles wird umgestellt, um Energie zu sparen, und es entsteht ein sehr starkes Hungergefühl, damit dem Körper möglichst bald wieder Energie zugeführt wird. Auch die Gedanken verändern sich: Bei einem zu niedrigem Leptinspiegel denkt das Kind nur noch an Essen und sucht den ganzen Tag nach Nahrung.

Am deutlichsten ist dieser Zustand zu sehen bei Kindern mit angeborenem Leptinmangel (sehr selten) oder bei Kindern mit angeborenem Fettgewebemangel (Lipodystrophie) (sehr selten).

Leptin ist nicht das einzige Hormon, das Hunger- und Sättigung reguliert, es ist aber das mit dem bedeutendsten Einfluss, wenn es gar nicht gebildet wird (seltener angeborener Leptinmangel oder Lipodystrophie).

Nachdem Leptin vor 25 Jahren entdeckt wurde, konnte nach und nach der Mechanismus der hormonellen Regulation des Körpergewichts aufgeklärt werden.

Heute wissen wir:

Das Homöostatische System, welches hauptsächlich durch Hirnzentren im Hypothalamus und Hirnstamm reguliert wird, operiert auf unbewusster Ebene. Botenstoffe aus dem Körper signalisieren den aktuellen Nährstoffstatus. Hier spielt das Signal aus dem Energiespeicher Fettgewebe Leptin eine bedeutende Rolle, aber auch kurzfristige Hunger- und Sättigungssignale aus dem Magen-Darm-Trakt. So kommt es zum Beispiel bei verringerter Fettmasse zu einem erniedrigten Leptinspiegel, es bestehen ein permanent erniedrigter Bewegungsdrang sowie ein erhöhtes Hungergefühl.

Bei einer Magendehnung oder nach Ausschüttung von gastrointestinalen Hormonen und Insulin kommt es zu einem temporären Sättigungsgefühl.

Das nicht-homöostatische oder hedonische System wird durch übergeordnete Hirnzentren reguliert und operiert auf bewusster Ebene. Hier werden die homöostatischen Signale mit Reizen aus der Umwelt (Anblick, Geruch und Geschmack der Nahrung), gemachten Erfahrungen und Emotionen kombiniert.

Auch der soziale Kontext spielt eine Rolle, und mit zunehmendem Alter der Jugendlichen nimmt die rationale Bewertung der Reize zu. So werden zum Beispiel Vorsätze, weniger oder gesünder zu essen, berücksichtigt.

Beide Systeme interagieren miteinander und das kognitiv-emotionale System unterliegt dem starken Einfluss der homöostatischen Regelkreise. Dies führt dazu, dass das Körpergewicht insgesamt sehr stabil gehalten wird und willentlich nur geringfügig verändert werden kann.

Deshalb ist die extreme Adipositas, die im frühen Lebensalter auftritt, kein Verschulden der Eltern oder des Kindes (oder gar ein selbstgewählter Zustand), sondern das Ergebnis einer Fehlregulation des Hungers. Die allermeisten Kinder mit Adipositas haben aber keinen erniedrigten Leptinspiegel, sondern einen relativ hohen. Bei ihnen wirkt das Leptin nicht mehr so, wie es soll. Es liegt eine Leptinresistenz vor.

Wir forschen intensiv daran, zu verstehen, wie dieser Zustand behandelt werden kann (zum Beispiel durch aktivierende Antikörper am Leptinrezeptor).

Daraus folgt für die Therapie:

Adipositas bei Kindern ist nur teilweise und oft nicht nachhaltig willentlich zu beeinflussen. Durch sehr effektive hormonelle und neuronale Regelkreise wehrt sich der Körper gegen eine langfristige Gewichtsabnahme und zeigt die Tendenz, ein einmal erreichtes Höchstgewicht wiederzuerlangen.

Wie andere chronische Erkrankungen ist eine lebenslange Behandlung erforderlich. Wir empfehlen gemäß wissenschaftlicher Leitlinien ganzheitlich, stadiengerecht und individuell abgestimmte, konservative, pharmakologische und chirurgische Therapieansätze.

### **Barrieren**

Es ist davon auszugehen, dass die meisten Eltern den Mechanismus der Regulation des Körpergewichts nicht verstehen und wir wissen, dass mehr als 50 Prozent der Mitarbeiter im Gesundheitssystem dies auch nicht wissen und Adipositas als selbstgewählten Zustand und nicht als Krankheit sehen.

Deshalb wird den Betroffenen die Schuld an der Adipositas zugeschoben. Die heranwachsenden Kinder leiden dann an einem verminderten Selbstwertgefühl (sie machen ja immer alles falsch, weil sie zu viel essen und sich zu wenig bewegen), an Stigmatisierung und gehen oft durch eine Odyssee an unnötigen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen, die letzteren sind ja meist frustan.

Anmerkung: Dies heißt nicht im Umkehrschluss, dass die Familien nichts tun sollen, nein, es gilt einen gesunden Lebensstil mit viel Bewegung zu erreichen.

### Weitere Aussagen von Prof. Dr. Martin Wabitsch:

Die Therapie der Adipositas muss verbessert werden, weil die wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen, dass unsere bisherigen Vorstellungen zur Entstehung und zu den Therapiemöglichkeiten der Adipositas falsch sind und wir den Patienten bis heute Unrecht tun.

Adipositas kann nicht durch Willenskraft und Eigenverantwortung behandelt werden, ebenso wenig wie ein Patient durch Willenskraft und Eigenverantwortung seinen Blutdruck oder ein Kind seine Körpergröße beeinflussen kann.

Kinder und Jugendliche mit Adipositas werden diskriminiert – innerhalb familiärer Beziehungen, aber auch in der medizinischen Versorgung.

Der Inhalt der Diskriminierung ist dabei häufig die Zuschreibung der persönlichen Verantwortung für die Gewichtsentwicklung, aus der Versagens- und Schamgefühle resultieren, und eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Ulm, September 2021

## **EXPERTENSTATEMENT**

### **Transsexualität**

Professor Dr. med. Günter Stalla, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V., Leiter Medcover Neuroendokrinologie, München

Von Transsexualismus oder Transsexualität im Sinne von ICD-10 F64.0 spricht man, wenn bei einer Person der Wunsch besteht, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Das amerikanische Klassifikationssystem für psychische Störungen DSM-5 definiert den Begriff der Geschlechtsdysphorie als einen deutlichen Leidensdruck oder eine gravierende psychosoziale Beeinträchtigung auf Grund der Diskrepanz zwischen dem biologischen und dem gefühlten Geschlecht. Nach ICD-11 ist die Diagnose als „Geschlechtsinkongruenz“ nicht mehr eine psychiatrische Diagnose, sondern in einem separaten Kapitel zu Störungen der sexuellen Gesundheit aufgeführt. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Geschlechtsangleichung. Als Transmann wird ein Frau-zu-Mann-Transsexueller und als Transfrau wird eine Mann-zu-Frau-Trans-sexuelle bezeichnet.

Die Prävalenz schwankt je nach epidemiologischer Berechnung, Definition und Untersuchungsmethode. Man geht im Durchschnitt von einer Prävalenz von 0,5 bis 0,6 Prozent aus, die Dunkelziffer wird als weitaus höher angenommen. Weltweit leben geschätzt circa 25 Millionen transidente Personen.

Die pathogenetischen Mechanismen sind bisher unklar. Man vermutet eine Mischung aus biologisch-genetischen und psychologischen Ursachen.

Seit 1981 gibt es in Deutschland das Transsexuellen-Gesetz, offiziell: "Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen". Zuständig hierfür ist das Amtsgericht auf Antrag des/der Betroffenen. Seit 2007 gibt es das Personenstandsgesetz, welches im November 2019 zuletzt mit einer Regelung für die Intersexualität angepasst wurde. Zuständig ist das Standesamt.

Die Basis für eine umfassende Diagnostik und vor allem Therapie ist ein interdisziplinäres Netzwerk von Experten mit langjähriger Erfahrung, die zum Beispiel im Rahmen eines aktiven Qualitätszirkels organisiert sind.

Die Diagnostik erfolgt durch einen mit der Thematik vertrauten Psychiater oder Psychologen, der andere Differentialdiagnosen wie Transvestismus, Persönlichkeitsstörungen oder schizoaffektive Störungen ausschließt. Nach der aktuellen AWMF-Leitlinie aus dem Jahr 2018 sollte die psychiatrische/psychologische Diagnose der hormonellen Geschlechtsangleichung durch den Endokrinologen vorangestellt werden. Für die Hormontherapie wird keine MDK-Begutachtung benötigt, aber eine Überweisung/Indikationsstellung vom Psychiater/Psychotherapeuten.



Vor einer hormonellen Geschlechtsangleichung erfolgt eine internistisch-endokrinologische Diagnostik zum Ausschluss möglicher Variationen der Geschlechtsentwicklung (Intersexualität). Dazu gehört bei der endokrinologischen Erstvorstellung eine körperliche Untersuchung zur Klärung des phänotypischen Geschlechts und eine Anamneseerhebung, vor allem im Hinblick auf mögliche relative oder absolute Kontraindikationen einer Hormonsubstitution wie zum Beispiel Lebererkrankungen, kardiovaskuläre- oder thromboembolische Ereignisse sowie hormonsensitive Krebserkrankungen. Im Anschluss erfolgt eine Labordiagnostik und gegebenenfalls eine genetische oder Thrombophilie-diagnostik. Die geschlechtsangleichende Hormontherapie verfolgt zum einen das Ziel, die endogene Sexualhormonproduktion zu unterdrücken, und zum anderen, die Hormone des Zielgeschlechts zu substituieren. Man strebt hierbei Laborwerte im mittleren Normalbereich des Zielgeschlechts an. Manche der hormonellen Veränderungen sind irreversibel, sodass der betroffene Patient vorab über eine Eizell- oder-Spermienkryokonservierung entscheiden sollte. Die Kosten muss er zur Zeit noch selbst tragen, ein Aspekt, der noch juristisch geklärt werden muss.

Die Behandlung von Transfrauen besteht in der Gabe von Estradiol in Kombination mit einem antiandrogenen Gestagen. Aufgrund eines reduzierten Thromboserisikos und einer Umgehung der Leberpassage werden transdermale Präparate bevorzugt. Die Gabe von Ethinylestradiol sollte aufgrund erhöhter Nebenwirkungen (Thrombosen) vermieden werden. Bei den antiandrogenen Gestagenen bevorzugt man das Präparat Cyproteronacetat in möglichst niedriger Erhaltungsdosierung. Bei Unverträglichkeit oder Nebenwirkungen wie Depressionen können alternative Präparate wie GnRH-Analoga eingesetzt werden. Die zusätzliche Gabe von Progesteron ist noch nicht empfohlen. Neuere Daten deuten aber einen zusätzlichen Nutzen auf die psychische Gesundheit und das kardiovaskuläre System an. Folgen der Hormontherapie ist ein Brustwachstum bis Körbchengröße B bei 35 Prozent aller Transfrauen (Lipomastie und Gynäkomastie) über 6 bis 12 Monate hinweg. Ab dem 50. Lebensjahr ist zusätzlich ein Mammografie-Screening empfohlen. Weitere Folgen der geschlechtsangleichenden Hormontherapie ist eine Abnahme der Muskelmasse und –kraft, eine Hodenatrophie mit reduzierter Spermatogenese sowie eine erektile Dysfunktion.

Die Behandlung von Transmännern erfolgt durch eine transdermale oder intramuskuläre Testosteron-Gabe. Die Dosis der täglichen transdermalen Substitution kann individuell je nach Resorption angepasst werden. Unter der Testosteron-Gabe sistiert die Menstruationsblutung (bei transdermaler Applikation später als bei intramuskulärer Gabe). Angestrebt werden sollte bei der transdermalen Applikation ein mittlerer altersentsprechender Normalwert des Zielgeschlechts. Bei der intramuskulären Gabe erfolgt eine Testosteron-Messung am Ende des Injektionsintervalls, der Testosteron-Wert sollte hierbei im unteren männlichen Normalbereich sein. Nach Wochen bis Monaten kommt es zu einer Vertiefung der Stimme, zu einer Klitorishypertrophie, Akne sowie einer Zunahme der Sekundärbehaarung. Des Weiteren folgt eine Veränderung der Körperkomposition mit Abnahme der Fettmasse und Zunahme der Muskelmasse. Bei persistierender Zyklusblutung kann zusätzlich die Gabe von GnRH-Analoga oder

eines Gestagens erfolgen. Weitere Folgen der geschlechtsangleichenden Hormontherapie ist eine vaginale Atrophie sowie eine Amenorrhoe.

Die endokrinologische Kontrolle ist gerade zu Beginn der Therapie circa alle drei Monate empfohlen.

Für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist bei einigen Behandlungen (wie zum Beispiel Epilation der Gesichtshaare, genitalangleichende Operationen, Brustchirurgie, Stimmlagen- und Kehlkopfkorrekturen, Hilfsmittelversorgungen) eine MDK-Begutachtung notwendig.

Im weiteren Verlauf streben die meisten der betroffenen Patienten eine geschlechtsangleichende Operation an.

Bei Transfrauen kommt eine operative Genitalangleichung in Frage. Hier erfolgt eine beidseitige Hodenentfernung, eine Resektion der Corpora cavernosa sowie die Kürzung der Harnröhre. Die Glans penis wird in eine Klitoris umgewandelt, Vulva und Labien werden aus den Skrotalfächern geformt. Eine operative Brustaugmentation sollte frühestens zwei Jahre nach Einleitung einer Hormontherapie erfolgen.

Bei Transmännern erfolgt in der Regel zunächst eine Mastektomie. Aktuell gibt es mehrere chirurgische Vorgehensweisen zur Penoidkonstruktion. Es erfolgt eine Hysterektomie und Adnexektomie, eine Urethrakonstruktion und eine Vaginektomie. Aus zumeist einem freien Unterarmklappen kann die Konstruktion eines Penoids erfolgen.

Begleitend zur endokrinologischen und chirurgischen Therapie erfolgen ein Stimmtraining bei Transfrauen mittels Logopädie oder HNO-ärztlicher Behandlung sowie eine dermatologische Therapie der Sekundärbehaarung durch zum Beispiel lichtgestützte Epilationsbehandlung oder Nadelepilation. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen muss wie auch bei der geschlechtsangleichenden Operation vorab beantragt werden.

Eine Besonderheit ist die Therapie einer Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. Ab einem Tanner-Stadium 2/3 besteht die Möglichkeit eines medikamentösen Pubertätsarrests mittels GnRH-Analoga oder Gestagenen bis zum 16. Lebensjahr. Hier sind die Eltern im besonderen Maße eingebunden. Operative Maßnahmen sind erst ab dem 18. Lebensjahr indiziert.

Neuere Daten zeigen eine Zunahme der Lebensqualität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nach Beginn einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie betroffener Personen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

München, September 2021

## **Curriculum Vitae**

Univ. Prof. Dr. med. Jochen Seufert, FRCPE  
Abteilungsleiter  
Abteilung Endokrinologie und Diabetologie  
Klinik für Innere Medizin II  
Universitätsklinikum Freiburg  
Hugstetter Str. 55  
79106 Freiburg/Brsg.  
Tel. 0761- 270-34200, Fax 0761- 270-34130  
E-mail: jochen.seufert@uniklinik-freiburg.de



Professor Seufert erlangte seinen medizinischen Abschluss im Jahr 1989 an der Universität Würzburg. Dort Beginn der Weiterbildung zum Internisten, Endokrinologen und Diabetologen, sowie Gastroenterologen an der Medizinischen Poliklinik.

Von 1995-1998 folgte ein Forschungs- und Weiterbildungsaufenthalt am Massachusetts General Hospital und am Joslin Diabetes Center an der Harvard Medical School in Boston, USA.

Ab 1999 in Würzburg Aufbau einer eigenen Forschergruppe, sowie die Komplettierung der internistischen Ausbildung, die mit den Facharztbezeichnungen Endokrinologie und Diabetologie, sowie Gastroenterologie abgeschlossen wurde.

Im Jahr 2000 Habilitation im Fach Innere Medizin.

Ab 2001 Leitung der Abteilung Stoffwechsel, Endokrinologie und Molekulare Medizin an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg.

Im Jahr 2006 Ruf als ordentlicher W3-Professor an die Klinik für Innere Medizin II, Abteilung Endokrinologie und Diabetologie des Universitätsklinikums Freiburg im Breisgau.

Die klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte sind die Erforschung und Umsetzung neuer Behandlungsformen des Diabetes mellitus. Dies sowohl im grundlagenwissenschaftlichen Bereich auf dem Gebiet der Betazell- und Stammzellforschung, sowie in der klinischen Forschung. Mitglied in Lenkungsgruppen von mehreren großen internationalen Patientenstudien.

Die wissenschaftlichen Arbeiten von Professor Seufert wurden mehrfach ausgezeichnet, unter anderem mit dem Merck Senior Fellows Award (Endocrine Society, USA), dem

Schöllner-Junkmann Wissenschaftspreis (Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie), dem Theodor Frerichs Preis (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin) und dem Ernst Friedrich Pfeiffer Preis (Deutsche Diabetes-Gesellschaft).

Im Jahr 2010 wurde Professor Seufert als Ehrenmitglied in das Royal College of Physicians of Edinburgh, Schottland, aufgenommen.

In den Jahren 2010/11 Weiterbildung im Bereich Business Management.

Verleihung der Hellmut-Otto-Medaille der Deutschen Diabetes Gesellschaft im Jahr 2021.

Über 200 Publikationen und Buchbeiträge.

Tagungspräsident der Diabetes Herbsttagung 2014 und Diabetes-Kongress 2018 der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.

Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Diabetes Surveillance des Robert-Koch-Institutes und des Landesbeirates Diabetes mellitus Baden-Württemberg.

Mitherausgeber der Fachzeitschriften „Diabetologie und Stoffwechsel“ und „Der Diabetologe“.

Gutachter für den Wissenschaftsrat, nationale und internationale Fachzeitschriften und wissenschaftliche Fördereinrichtungen.

## **Curriculum Vitae**

Prof. Dr. Martin Wabitsch  
Sektionsleiter Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie  
Leiter des endokrinologischen Forschungslabors  
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Ulm  
Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie  
Eythstr. 24, 89075 Ulm



Martin Wabitsch erlangte seine Ausbildung in Humanmedizin und Zellbiologie an den Universitäten Berlin, Ulm, Nizza, und Baltimore. Nach seiner Zivildienstzeit an der Universitätskinderklinik in Ulm begann er dort die Facharztausbildung zum Kinder- und Jugendarzt, die er 1997 abschloss. Es erfolgte die Habilitation im Fach Kinder- und Jugendmedizin, die Weiterbildung zum Diabetologen (DDG) und zum Kinderendokrinologen und –diabetologen und ein durch die European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) geförderter Forschungsaufenthalt am Hagedorn Research Institute in Gentofte, Dänemark. Prof. Wabitsch leitet die Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologien und das endokrinologische Forschungslabor an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin in Ulm. Seit 2016 ist er der Leiter des Zentrums für Seltene Endokrine Erkrankungen (ZSEE) am Universitätsklinikum Ulm.

Seine wissenschaftlichen Interessen liegen im Bereich der endokrinen Regulation der Energiehomöostase des Körpers auf zellulärer und systemischer Ebene.

Prof. Wabitsch ist Pionier auf dem Gebiet der Erforschung der Ursachen und Folgen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Seine Arbeiten und die Arbeiten internationaler Forschergruppen konnten zeigen, dass für eine wirksame und nachhaltige Prävention eine Änderung der Lebensbedingungen, unter denen unsere Kinder aufwachsen, erforderlich ist. Eine alleinige Fokussierung auf Verhaltensanpassungen führt zur Diskriminierung und Ausgrenzung von Betroffenen.

Als Kinder- und Jugendarzt und Hormonexperte verfolgt Prof. Wabitsch eine ganzheitliche Sicht der Entwicklung von Kinder und Jugendlichen. Dabei setzt er sich für die Schaffung gesunder Lebenswelten ein, die eine harmonische Reifeentwicklung der Kinder und Jugendlichen ermöglichen. Die kindlichen Lebenswelten müssen durch die Erwachsenen unserer Gesellschaft verantwortungsvoll verändert werden. Die Erwachsenen müssen als Vorbilder dienen.

Prof. Wabitsch ist Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), deren Sprecher er von 1998 – 2004 war. Von 2008 bis 2012 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokriologie und Diabetologie (DGKED) e.V. Seit 01.01.2013 ist er Präsident der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) e.V.. Er arbeitete in verschiedenen nationalen und internationalen Expertengruppen, darunter auch für das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft.

Seine Forschungsprojekte werden gefördert durch die DFG, das BMBF, das Land Baden-Württemberg, die Landesstiftung Baden-Württemberg, die Deutsche Diabetes Stiftung und die Deutsche Kinderkrebsstiftung. Seit 01.02.2012 ist Prof. Wabitsch Koordinator des vom BMBF geförderten Verbundprojektes „Jugendliche mit extremer Adipositas“ (JA-Studie) innerhalb des Kompetenznetzes Adipositas.

Prof. Wabitsch publizierte eine Vielzahl von Originalarbeiten in peer-reviewed-Journalen und ist Herausgeber verschiedener Lehrbücher, u.a.: Adipositas im Kindes- und Jugendalter und Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie.

## Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Günter K. Stalla  
Medicover Neuroendokrinologie München  
Orleansplatz 3, 81667 München  
Tel: 089/904 200 560  
Fax: 089/904 200 561  
[guenter.stalla@medicover.de](mailto:guenter.stalla@medicover.de)  
und  
Medizinische Klinik und Poliklinik IV  
Klinikum der Universität  
Ziemssenstr. 1, 80336 München  
[guenter.stalla@med.uni-muenchen.de](mailto:guenter.stalla@med.uni-muenchen.de)



## Ausbildung und beruflicher Werdegang

- 1974 - 1980 Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität, München
- 1980 Promotion in Experimenteller Endokrinologie mit "summa cum laude"
- 1980 - 1983 PostDoc im Labor für Neuroendokrinologie an der LMU, München
- 1983 - 1990 Facharztausbildung Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie in der Medizinischen Klinik Innenstadt der LMU, München
- 1989 Ernennung zum Privatdozent Dr. med., Dr. med. habil.
- 1990 Facharzt für Innere Medizin (mit Labordiagnostik und Radiologie)
- 1990 Berufung auf eine permanente C3-Position an das Max Planck Institut für Psychiatrie als Forschungsgruppenleiter für Klinische Neuroendokrinologie und Leiter der Inneren Medizin, Endokrinologie und Klinischen Chemie; Gründung eines Studienzentrums
- 1991 Erwerb der Teilgebietsbezeichnung Endokrinologe
- 1995 Ernennung zum Professor
- 1999 Nominierung als Europäisches Trainingszentrum für Endokrinologie und Diabetologie durch das „European Board of Endocrinology and the U.E.M.S.“
- 2000 Ruf auf den Lehrstuhl für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie/Diabetologie nach Leipzig, Rufabwendung 2001
- 2004 Erwerb der Zusatzbezeichnung Androloge
- seit 2018 Leiter des MVZ Medicover Neuroendokrinologie München
- seit 2018 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität, München (Direktor Prof. Dr. med. M. Reincke)

## Wissenschaftspreise

- 1988 Schöller-Junkmann Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie zusammen mit meiner Frau Johanna Stalla

- 2015 „1. Rolf-Gaillard-Prize“ of the European Neuroendocrine Association (ENEA) Marseille, France for outstanding lifetime contribution to the field of Neuroendocrinology
- 2019 „Geoffrey Harris Award“ of the European Society of Endocrinology (ESE), Lyon, France for outstanding lifetime contribution to the field of Neuroendocrinology

### **Mitglied in wissenschaftlichen Fachgesellschaften**

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

### **Tätigkeiten in wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Organisationen**

- 1997 - 2003 Sprecher der Sektion Neuroendokrinologie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- 1997 - 2000 Vorstandsmitglied der DGE und Mediensprecher
- 1998 - 2003 Vorstandsmitglied der „European Neuroendocrine Association“ (ENEA)
- 1998 Gründer und Medizinischer Berater des Patientennetzwerks für Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen der Regionalgruppe München
- 1999 - 2005 Mitglied des Editorial Advisory Council of the Journal of Endocrinological Investigation (official Journal of the Italian Society of Endocrinology)
- 2002 Kongresspräsident der 10. Jahrestagung der ENEA in München
- 2009 - 2015 Sprecher der Sektion Neuroendokrinologie der DGE
- seit 2009 Medizinischer Gutachter für die NADA (Nationale Antidoping Agentur)
- 2009 - 2012 Mitglied des Editorial Board of the Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism
- seit 2010 Mitglied des Editorial Board of Frontiers in Neuroendocrine Science
- seit 2010 Mitglied des Editorial Board of Metabolism
- seit 2011 Mitglied des Editorial Board of Bulgarian Medicine
- 2009 - 2018 Mitglied der Internationalen Jury des „Endocrine Regulations Prize“ der IPSEN Foundation
- 2011 Tagungspräsident des 2. Workshops der ENEA in München (Aggressive Pituitary Adenomas)



- 2012-2014   Präsident der „European Neuroendocrine Association“ (ENEA)
- 2014-2016   Präsident past der ENEA
- seit 2015   Mitglied des Editorial Board of Endocrine Oncology and Metabolism
- 2015        Tagungspräsident des „Latin America Knowledge Network Expert Meeting“ in München
- 2016        Kongresspräsident der D.A.CH-Tagung von DGE, ÖGES und SGED in München
- 2016        Kongresspräsident des European Congress of Endocrinology (ECE) in München
- seit 2018   Medizinischer Gutachter für das International Paralympic Committee
- 2018 - 2021   Vorsitzender des Workshop and Study Committees der ENEA
- 2019-2020   Präsident elect der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
- 2020-2023   Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

### **Wissenschaftliche Publikationstätigkeit**

469 Publikationen (Scopus, Stand 01.08.2021)

57 Buchartikel

h-index 70

18383 Zitierungen

### **Sonstiges**

- seit 2016    Focusärzteliste für Endokrinologie
- seit 2016    Focusärzteliste für Andrologie
- seit 2019    Focusärzteliste für Sexualstörungen bei Diabetikern
- seit 2020    Focusärzteliste für Frauengesundheit
- seit 2019    Zertifikat als Spezialist für die medizinische Versorgung von Mädchen und Frauen mit Turner-Syndrom

### **Wikipedia-Eintrag**

[https://de.wikipedia.org/wiki/G%C3%BCnter\\_Stalla](https://de.wikipedia.org/wiki/G%C3%BCnter_Stalla)



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 1800 Mitglieder.

Vom **18. bis 25. September 2021** veranstaltet die DGE die **6. Deutsche Hormonwoche**. Wegen der Corona-Pandemie finden in diesem Jahr nur wenige Veranstaltungen für Patienten und Angehörige statt. Nähere Informationen dazu hat die DGE-Geschäftsstelle. Zum **Auftakt der Hormonwoche** veranstaltet die DGE am **Dienstag, 14. September 2021 eine Online-Presskonferenz**.

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)

Pressestelle der DGE  
Professor Dr. med. Stephan Petersenn (Mediensprecher)  
Dr. Adelheid Liebendörfer  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-173  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: [liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie  
Hormone und Stoffwechsel

## Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2021/2022

**Zum sechsten 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 2022. 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 Journalistinnen und Journalisten 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 1. Februar 2021 und dem 31. Januar 2022** 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, inklusive Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inklusive Sendemanuskript als PDF, gegebenenfalls Link, falls Beitrag im Web abrufbar ist

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 **65. Kongress für Endokrinologie** (17. bis 19. März 2022) in **Baden-Baden**. Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

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

### **DGE-Pressestelle für den Medienpreis:**

Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-313, Fax: 0711 8931-167, E-Mail: [mehdorn@medizinkommunikation.org](mailto:mehdorn@medizinkommunikation.org)

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