



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Online-Pressekonferenz

anlässlich der **Deutschen Hormonwoche (24. September bis 1. Oktober 2022)** der **Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE)**

Termin: Dienstag, 20. September 2022, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Video-Konferenz

Teilnahmelink: <https://attendee.gotowebinar.com/register/7020254624350397712>

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

Menopause: Hormone einnehmen und falls ja, welche? Was Frauen in den Wechseljahren hilft – der aktuelle Forschungsstand

Dr. med. Katrin Schaudig, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie

Mitlinhaberin der Gemeinschaftspraxis HORMONE HAMBURG, Schwerpunktpraxis für gynäkologische Endokrinologie, Präsidentin der Deutschen Menopause Gesellschaft e. V.

Ausbleibender Zyklus, unerfüllter Kinderwunsch, schlechte Haut: Die angeborene Hormonstörung Adrenogenitales Syndrom (AGS) hat viele Gesichter. Wie sehen moderne Therapiekonzepte aus?

Professor Dr. med. Nicole Reisch, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologin/Diabetologin

Leiterin der Transitionssprechstunde in der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV der LMU München: Endokrinologie, Diabetologie & Stoffwechsel, Vizepräsidentin der DGE

Bluthochdruck - Wann ist an die Nebenniere zu denken?

Professor Dr. med. Martin Fassnacht, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie

Leiter der Endokrinologie und Diabetologie, Medizinische Klinik I am Uniklinikum Würzburg, Leitlinienbeauftragter der DGE, Vorstandsmitglied der European Society of Endocrinology

Deutschland ist wieder Jodmangelgebiet – was jetzt zu tun ist

Professor Dr. med. Joachim Feldkamp, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie

Direktor der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie und Infektiologie am Klinikum Bielefeld Mitte

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Thieme Communications, Stuttgart Berlin



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

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

kusserow@medizinkommunikation.org

www.endokrinologie.net



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

PRESSEMITTEILUNG

Beschwerden in den Wechseljahren Für jede Frau die individuell richtige Therapie finden

Altdorf/Bielefeld, September 2022 – Hitzewallungen, Schlafstörungen und depressive Verstimmungen sind typische Beschwerden der Wechseljahre. Ein Drittel der Frauen ist dadurch im Alltag stark beeinträchtigt. Doch obwohl eine Hormonersatztherapie (HET) die Symptome am wirksamsten lindert, nehmen laut dem aktuellen Gesundheitsreport 2022 der Techniker Krankenkasse (TK) hierzulande immer weniger Betroffene Hormone gegen ihre Beschwerden ein (1). Entschieden sich im Jahr 2000 noch 37 Prozent der Frauen für eine HET, stagniert dieser Wert seit 2020 bei etwa sechs Prozent. Woran das liegt und ob die Zurückhaltung berechtigt ist, ist ein Thema der Online-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE). Diese findet am Dienstag, den 20. September 2022 von 11.00 bis 12.00 Uhr im Vorfeld der 7. Deutschen Hormonwoche (24. September bis 1. Oktober 2022) statt. Die Expertinnen und Experten zeigen darüber hinaus auf, wie Frauen auch ohne Hormone gut durch die Wechseljahre kommen können,

Die Wechseljahre bezeichnen die Übergangsphase im Leben einer Frau von ihrer Fortpflanzungsfähigkeit bis zu dem Zeitpunkt, an dem ihre Eierstöcke die Hormonproduktion einstellen und sie keine Kinder mehr bekommen kann. Das durchschnittliche Alter einer Frau bei der letzten Menstruationsblutung, der Menopause, liegt in Deutschland bei 51 Jahren. Die sogenannte Postmenopause beginnt nach einer 12-monatigen Phase ohne Monatsblutung. Als Prämenopause wird der etwa vier bis fünf Jahre dauernde Zeitraum vor der Menopause bezeichnet. Die häufigsten Symptome der Wechseljahre sind Schweißausbrüche und Hitzewallungen. Nach der *Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)* leiden Frauen durchschnittlich 7,4 Jahre an häufigen Hitzewallungen (2). Weitere Beschwerden sind Stimmungsschwankungen, Ängste, Schlafstörungen oder Herzklopfen. Die Scheidenhaut wird dünner, trockener und verliert ihre Elastizität, außerdem können Gelenkbeschwerden und sexuelle Unlust auftreten (3). „Alles in allem sind etwa 75 Prozent der Frauen von Beschwerden betroffen. Die individuelle Ausprägung der Symptome ist jedoch verschieden, etwa ein Drittel der Patientinnen ist stark beeinträchtigt“, sagt Dr. med. Katrin Schaudig, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie in Hamburg und Präsidentin der Deutschen Menopause Gesellschaft e. V.



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Auch wenn eine HET als wirksam gilt: Viele Frauen hierzulande haben Angst vor den Risiken einer Hormoneinnahme – etwa an Brustkrebs zu erkranken oder einen Schlaganfall zu erleiden. „Diese Sorge basiert auf der überwiegend negativen Berichterstattung in den Medien“, so DGE-Mitglied Schaudig. „Diese bezieht sich vor allem auf die im Jahr 2002 publizierte *Women`s Health Initiative Study*, die die Risiken dieser Therapie betonte.“ Alle errechneten Risiken waren allerdings nach Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO als „seltene Nebenwirkung“ einzustufen, so die Gynäkologin weiter. Zudem wurden in der Studie Frauen untersucht, die im Durchschnitt 63 Jahre alt waren und damit die typische Wechseljahresphase bereits hinter sich hatten. Ein wichtiger Punkt sei auch, dass damals noch Hormonpräparate eingesetzt wurden, die Ärztinnen und Ärzte heute überwiegend nicht mehr verwenden, sagt Schaudig. „Es hat Jahre gedauert und eine Fülle von Daten gebraucht, bis man zu dem Schluss kam, dass heutzutage für die meisten Frauen die Vorteile einer HET die Risiken überwiegen“, stellt sie fest.

Trotzdem sei ein individuelles Vorgehen bei der Therapieentscheidung wichtig, betont Schaudig. Dieses berücksichtigt sowohl den individuellen Leidensdruck der Patientin, ihre Bedürfnisse und, wichtig, ihre Risikofaktoren. Ausschlussfaktor kann etwa eine vorangegangene Brustkrebserkrankung sein, da eine HET das Risiko für ein Wiederauftreten des Mammakarzinoms erhöhen kann. Kommt eine HET nicht infrage, stehen viele weitere nicht-hormonelle Therapieansätze zur Verfügung. Dazu gehören etwa Antidepressiva, Phytoöstrogene, Johanniskraut- und Traubensilberkerze-(*Cimicifuga*)-Präparate, Sport, Akupunktur, kognitive Verhaltenstherapie und Hypnose. „Für diese Beratung und die Abwägung aller Vor- und Nachteile der Therapieentscheidung brauchen wir jedoch viel Zeit“, sagt Schaudig. Leider werde sie bislang nicht vergütet.

„Derzeit befinden sich in Deutschland mehr Frauen in den Wechseljahren als je zuvor, der Beratungsbedarf ist riesig“, sagt DGE-Mediensprecher Professor Dr. med. Stephan Petersenn von der ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg. „Alle beteiligten Disziplinen sollten die aktuelle Datenlage und ihre Erfahrungen überprüfen, um die Behandlungsmöglichkeiten individualisiert und ergebnisoffen mit den Patientinnen zu besprechen“, betont er.



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Wechseljahre, die Sorge vor hormonell-bedingten Nebenwirkungen, der aktuelle Stand der Studienlage sowie nicht-hormonelle Alternativen sind Themen der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) am 20. September 2022 im Vorfeld der Hormonwoche (24. September bis 1. Oktober 2022). Die Hormonwoche wird von DGE-Vizepräsident Professor Professor Dr. rer. nat. Jan P. Tuckermann vom Institut für Molekulare Endokrinologie der Tiere an der Universität Ulm organisiert.

Quellen:

- (1) <https://www.tk.de/presse/themen/arzneimittel/hormonpraeparate-2132966>
- (2) Avis NE, Colvin A, Bromberger JT et al.: Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Neurology* 2009; 72:1850–1857
- (3) S3-Leitlinie AWMF. Peri- and Postmenopause – Diagnosis and Interventions. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics (S3-Level, AWMF Registry No. 015–062). Im Internet (Stand: 15.08.2020): <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-062.html>

Zum Weiterlesen:

Attitudes towards menopause: time for change, Editorial, | VOLUME 399, ISSUE 10343, P2243, JUNE 18, 2022 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01099-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01099-6):

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01099-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01099-6/fulltext)

Interessenkonflikte:

Dr. med. K. Schaudig hat in den letzten drei Jahren Honorare für Vorträge, Teilnahmen an Advisory Boards sowie Erstattungen von Reisekosten und Forschungsunterstützung von folgenden Unternehmen erhalten: Astellas Pharma GmbH, Bayer-Jenapharm GmbH, Dr. KADE/Besins Pharma GmbH, Exeltis GmbH, Gedeon Richter Pharma GmbH, Hexal, Viatrix, Novo Nordisk, Theramex, Laborarztpraxis Rhein-Main (ehem. Drs. Walther, Weindl und Partner).



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

PRESSEMITTEILUNG

Wenn Frauen und Mädchen zu viele männliche Hormone bilden: Auch an das Adrenogenitale Syndrom (AGS) denken

Altdorf/München, 2022 – Unregelmäßiger Zyklus, Damenbart, Akne, Unfruchtbarkeit: Treten diese Symptome bei Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter auf, könnte eine Form des sogenannten Adrenogenitalen Syndroms (AGS), late-onset AGS, die Ursache sein, sagt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE). Bei dieser angeborenen Funktionsstörung der Nebennieren produzieren die Drüsen zu viel männliche Hormone, etwa Testosteron. Damit ist das AGS die wichtigste Differentialdiagnose zum Polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS), das ähnliche Beschwerden hervorruft. Letzteres tritt jedoch viel häufiger auf. Da das AGS vererbbar ist und bei den Nachkommen auch eine schwere Form der Erkrankung auslösen kann, sollte im Zweifel immer eine endokrinologische Abklärung erfolgen. Die Störung, ihre Behandlungsmöglichkeiten sowie weitere Erkrankungen der Nebennieren sind Themen auf der Online-Presskonferenz der DGE. Diese findet am Dienstag, den 20. September 2022 von 11.00 bis 12.00 Uhr im Vorfeld der 7. Deutschen Hormonwoche (24. September bis 1. Oktober 2022) statt.

Die Nebennieren sind winzige Organe, die wie kleine Kappen auf den Nieren sitzen. Sie bilden mehr als 40 lebenswichtige Hormone. Darunter etwa Cortisol, das wichtigste Glukokortikoid, aber auch in kleinen Mengen männliche Hormone. Die Nebennieren sind so an zahlreichen wichtigen Körperfunktionen beteiligt. Sowohl ein Ausfall der Nebennierenhormone als auch deren Überproduktion führen zu charakteristischen Krankheitsbildern. Das Adrenogenitale Syndrom (AGS) umfasst eine Gruppe angeborener Erkrankungen der Nebennieren. „Die zwei wichtigsten Formen unterteilen sich grob in die bereits zur Geburt auftretende klassische, schwere Form und in die sehr viel häufigere und mildere, nicht-klassische Variante, das late-onset AGS“, sagt Professor Dr. med. Nicole Reisch, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologin/Diabetologin aus München und Vizepräsidentin der DGE. In über 90 Prozent der Fälle ist die Ursache der Mangel eines Enzyms der Nebenniere, der 21-Hydroxylase. Das Enzym ist für die Bildung von Cortisol verantwortlich. Als Folge kann es zu einer Unterversorgung mit diesem lebenswichtigen Hormon kommen, wie auch zu einem Mangel an dem Salzhormon Aldosteron bei der schweren Form. Diese klassische und schwere Form der Erkrankung betrifft etwa eines von 10.000 bis 15 000 Neugeborenen



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

beiderlei Geschlechts. Jeder 50. bis 60. Mensch hierzulande hat die Erbanlage dafür. Doch nur wenn zwei dieser Erbanlagen, von Vater und Mutter, zusammentreffen, kommt es zur Erkrankung. Die schwere Form verläuft in den ersten Lebenswochen tödlich, wenn sie nicht erkannt und rasch therapiert wird. Daher wird in Deutschland jedes Neugeborene auf diese Erkrankung hin untersucht. „Bei zeitnahe Beginn der lebensnotwendigen Hormonersatztherapie überleben inzwischen praktisch alle Babys“, sagt Reisch, die die Transitionssprechstunde der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV der LMU Ludwig-Maximilians-Universität München leitet.

Das AGS ist die wichtigste Differentialdiagnose zum Polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS)

„An late-onset AGS leidet etwa eines von 200 bis 1000 Mädchen und Frauen“, so Reisch. Typischerweise treten erste Symptome ab der Pubertät auf. Die Betroffenen weisen in der Regel jedoch keinen Cortisolmangel auf. Ihre Nebennieren produzieren aber ein Überangebot an männlichen Hormonen. Dieses lösen die typischen Beschwerden aus.

Da die Symptome oft unspezifisch sind und vielerlei Ursachen haben können, ist es wichtig, hier auch an das AGS zu denken und es gegebenenfalls abzuklären. Doch Reisch erläutert: „In 90 Prozent der Fälle werden die Beschwerden bei Mädchen und Frauen vom PCOS verursacht. Es ist die wichtigste Differentialdiagnose“. Die medizinische Abklärung sei jedoch besonders wichtig vor dem Hintergrund der Vererbbarkeit. „Zwei Drittel der Betroffenen eines nicht-klassischen AGS sind Genträger einer schweren Mutation und können damit die Anlage für ein klassisches AGS weitergeben.“ Damit erhöhe sich bei den Nachkommen das Risiko für ein klassisches AGS von 1:10.000 bis 15.000 Fälle auf 1:400 Erkrankungen. Daher sei eine genetische Beratung und auch die genetische Untersuchung des Partners gerade bei Kinderwunsch entscheidend.

Für die Diagnostik des nicht-klassischen AGS muss ein ausführliches Hormonprofil erhoben werden. Liegt ein konkreter Verdacht vor, schließt sich ein Hormonstimulationstest an. Dieser dient auch dazu, einen eventuell doch vorhandenen Mangel an Cortisol auszuschließen.

Die Therapie orientiert sich an den konkreten Beschwerden der Patientinnen



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Ist ein Cortisolmangel ausgeschlossen, dann orientiert sich die Therapie an den konkreten Beschwerden der Patientinnen: Eine unregelmäßige Regelblutung und ein unerfüllter Kinderwunsch etwa können meist gut durch Glukokortikoide, also “Kortisonpräparate” behandelt werden. Ist eine verstärkte Behaarung vom männlichen Verteilungsmuster das Hauptproblem, ein sogenannter Hirsutismus, lohnt ein Therapieversuch mit bestimmten Anti-Baby-Pillen. Hilfreich können auch hormonhaltige Hautcremes sein. Sie hemmen insbesondere das Haarwachstum im Gesicht. „Ideal ist dann eine Kombination mit kosmetischen Behandlungen“, so Reisch. Akne sollte von Hautärztin und Hautarzt mitbehandelt werden.

Männer sind theoretisch genauso häufig vom late-onset AGS betroffen. Sie haben jedoch meist keine größeren Beschwerden. „Das liegt daran, dass der überwiegende Anteil an männlichen Hormonen bei ihnen im Hoden gebildet wird. Die Produktion der Nebennieren fällt bei Männern in der Regel nicht so ins Gewicht.“ Symptome bei Kindern beider Geschlechter können jedoch eine frühe „Pubertät“, Hautunreinheiten, ein zunächst beschleunigtes Wachstum und dann später Minderwuchs sein.

„Insgesamt können wir heute alle Formen des AGS gut behandeln. Wichtig ist eine rechtzeitige Abklärung durch Endokrinologinnen und Endokrinologen und eine individuell abgestimmte Behandlung“, so Reisch.

Die Symptome können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein

„Bei dem AGS handelt es sich um eine komplexe endokrinologische Erkrankung. Die Symptomatik können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein“, sagt DGE-Mediensprecher Professor Dr. med. Stephan Petersenn von der ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg. „Die Betreuung besonders der weiblichen Patientinnen erfordert eine spezielle Expertise für alle Lebensphasen. Ein besonderes Anliegen ist es uns, dass gerade im Übergang zum Erwachsenenalter bei Hinweisen auf einen Überschuss an männlichen Hormonen auch an diese Differentialdiagnose gedacht wird.“

Wie sich das late-onset AGS bei Jungen und Männern auswirkt und welche Therapien beim AGS helfen, sind weitere Themen der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) am 20. September 2022 im Vorfeld der Hormonwoche (24. September bis 1. Oktober 2022). Die Hormonwoche wird von DGE-Vizepräsident Professor Dr. rer. nat. Jan P. Tuckermann vom Institut für Molekulare Endokrinologie der Tiere an der Universität Ulm organisiert.



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Zum Weiterlesen:

Leitlinie (S1) Adrenogenitales Syndrom (AGS) im Kindes- und Jugendalter:

www.awmf.org/leitlinien/detail/II/174-003.html

www.ags-initiative.de

CARES Foundation: www.caresfoundation.org

www.glandula-online.de



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

PRESSEMITTEILUNG

Rückkehr des Jodmangels in Deutschland Kropf, Schilddrüsenknoten, verminderte Intelligenz: Zu wenig Jod kann schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben

Altdorf/Bielefeld, August 2022 – Anlässlich des Beschusses des Atomkraftwerks Saporischschja in der Ukraine ist das Interesse an Jod derzeit groß. Dabei geht es jedoch um eine vorbeugende Einnahme - die Schilddrüse soll so vor radioaktiv verseuchtem Jod geschützt werden. Weniger im Fokus steht, dass Deutschland nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO wieder zu einem Jodmangelgebiet geworden ist (1). Hauptgrund ist der Rückgang des Gebrauchs von jodiertem Speisesalz in der professionellen Lebensmittelverarbeitung, etwa bei Fertiggerichten. Werde nicht bewusst auf eine gute Jodversorgung geachtet, drohe ein Anstieg von Schilddrüsenvergrößerungen (Kröpfen) und Schilddrüsenknoten in Deutschland, sagt die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) im Vorfeld ihrer Online-Presskonferenz am 20. September 2022 der 7. Deutschen Hormonwoche (24. September bis 1. Oktober 2022). Schwangere seien durch einen Jodmangel besonders gefährdet. Er könne die geistige und körperliche Entwicklung des ungeborenen Kindes gefährden.

Jod ist ein lebenswichtiger Baustein für Gesundheit und Wohlbefinden. Fehlt das Spurenelement, kann die Schilddrüse die Hormone Thyroxin (T4) und Trijodthyronin (T3) nicht herstellen. Sie spielen eine zentrale Rolle etwa bei der Steuerung der körperlichen und geistigen Entwicklung, aber auch beim Protein-, Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel sowie bei der Regulation des Wärme- und Kälteempfindens.

Weniger Jodsalz in Fertiggerichten durch Kostendruck und Regulierungsvorgaben

Doch das Robert-Koch-Institut dokumentiert eine rückläufige Jodversorgung (2). „Sie ist hauptsächlich auf einen geringeren Einsatz von jodiertem Speisesalz in der professionellen Lebensmittelverarbeitung zurückzuführen“, sagt Professor Dr. med. Joachim Feldkamp, Direktor der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie und Infektiologie am Klinikum Bielefeld. In der Lebensmittelindustrie werde zwar oftmals sehr viel Salz eingesetzt, jedoch immer seltener die jodierte Variante. Stehen dann häufig Fertiggerichte auf dem Speiseplan, wirke sich das auf die Versorgung aus, so der Endokrinologe. Die wesentlichen Gründe für den Rückgang sind zum einen der Kostendruck: „Jodiertes



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Speisesalz ist geringfügig teurer“. Hinzu komme die Internationalisierung der Märkte: „Da in verschiedenen Ländern unterschiedliche Regularien zur Möglichkeit der Jodierung von Speisesalz bestehen, wird von den Lebensmittelproduzenten oft der zulassungstechnisch einfachere und kostengünstigere Weg ohne jodiertes Speisesalz eingeschlagen“, führt Feldkamp aus.

Unjodiertes Speisesalz und kochsalzarme Ernährung verstärken Jodmangel

„Auch wenn etwa 70 bis 75 Prozent der privaten Haushalte erfreulicherweise jodiertes Speisesalz verwenden, greifen einige Konsumenten vermehrt bewusst zu unjodiertem Salz oder setzen auf kochsalzarme Ernährung“, sagt der Experte. Dies verstärke die Mangelsituation. Er warnt: „Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen schlechter Jodversorgung und dem Auftreten von Schilddrüsenvergrößerungen und Schilddrüsenknoten (3)“. Damit werde auch die Häufigkeit von Schilddrüsenoperationen wieder steigen. Zudem entwickeln sich bei Jodmangel häufiger die gutartigen hyperfunktionellen Knoten, die sogenannten „heißen Knoten“. Diese können zu einer Überfunktion der Schilddrüse führen. „Zeichen dafür sind Schwitzen, Pulsbeschleunigung, Durchfall, Gewichtsabnahme, Unruhe, Schlafstörungen, Ängste, Konzentrationsstörungen.“ Aber auch ernsthafte Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern sind mögliche Folgen.

Erhöhter Jodbedarf in der Schwangerschaft – schon leichter Mangel kann Intelligenz des Kindes beeinträchtigen

Vor allem Frauen sollten während Schwangerschaft und Stillzeit auf eine zusätzliche Jodzufuhr achten. Der beschleunigte Stoffwechsel während der Schwangerschaft erhöhe den Jodverbrauch und führe zu einer höheren Ausscheidung im Urin. Schon ein leichter Jodmangel der Mutter kann den Intelligenzquotienten (IQ) beim Kind beeinträchtigen (4). „Die DGE rät daher in ihren „Klug Entscheiden“- Empfehlungen gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) allen Frauen die Supplementierung von Jod in Schwangerschaft und Stillzeit (5)“, sagt auch DGE-Mediensprecher Professor Dr. med. Stephan Petersenn von der ENDOC Praxis für Endokrinologie und Andrologie in Hamburg. Zurückhaltung mit dem Spurenelement ist jedoch geboten, wenn eine Schilddrüsenüberfunktion oder eine bösartige Schilddrüsenenerkrankung vorliegt.



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Die empfohlene tägliche Zufuhr an Jod beträgt 150-200 Mikrogramm (μg) Jod. Schwangere und Stillende dürfen die doppelte Menge enthalten. Eine ausreichende Jodversorgung ist leicht möglich, wenn bewusst auf den Verzehr jodhaltiger Lebensmittel (inklusive jodiertem Speisesalz) geachtet und häufig selbst gekocht wird: „Jodhaltige Nahrungsergänzungsmittel sind in der Regel dann nicht notwendig“, sagt Feldkamp. Bei Schwangeren und Stillenden oder Personen, die auf tierische Lebensmittel wie Fleisch, Fisch, Milch und Eier verzichten, kann eine Supplementierung sinnvoll sein. Um etwa eine Überfunktion der Schilddrüse zu verhindern, sollte diese jedoch erst nach ärztlicher Beratung erfolgen.

Der neueste Stand rund um Jod und Gesundheit ist ein Thema der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) am 20. September 2022 im Vorfeld der Hormonwoche (24. September bis 1. Oktober 2022). Die Hormonwoche wird von DGE-Vizepräsident Professor Prof. Dr. rer. nat. Jan P. Tuckermann vom Institut für Molekulare Endokrinologie der Tiere an der Universität Ulm organisiert.

Quellen:

- (1) Zimmermann MB, Andersson M 2021; Eur J Endocrinol 185(1):R13-R21. doi: 10.1530/EJE-21-0171
- (2) Hey I, Thamm M: Abschlussbericht: Monitoring der Jod und Natriumversorgung bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2). 2019
- (3) Carlé A, Krejbjerg A, Laurberg P. Epidemiology of nodular goitre. Influence of iodine intake. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2014; 28: 465-479
- (4) Kersting M, Hockamp N, Burak C et al.: Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland – SuSe II. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): 14. DGE-Ernährungsbericht. Vorveröffentlichung Kapitel 3. Bonn (2020) V1–V 34
<http://www.dge.de/14-dge-eb/vvoe/kap3>
- (5) https://www.klug-entscheiden.com/fileadmin/user_upload/PDF/6Klug_entscheiden_in_der_Endokrinologie_2016.pdf

EXPERTENSTATEMENT

Menopause: Hormone einnehmen und falls ja, welche? Was Frauen in den Wechseljahren hilft – der aktuelle Forschungsstand

Dr. med. Katrin Schaudig, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie
Mitinhaberin der Gemeinschaftspraxis HORMONE HAMBURG, Schwerpunktpraxis für gynäkologische Endokrinologie, Präsidentin der Deutschen Menopause Gesellschaft e. V.

Die sogenannten Babyboomer (das heißt die Frauen der geburtenstarken Jahrgänge um 1965) haben gerade das mittlere Menopause-Alter von circa 51/52 Jahren überschritten. Damit befinden sich derzeit in Deutschland mehr Frauen in den Wechseljahren als je zuvor.

Dennoch ist das Thema nach wie vor in Deutschland nur bedingt „salonfähig“, wobei sich aktuell sowohl die Laien- als auch die Fachpresse zunehmend den Veränderungen dieser Lebensphase widmet. Spannend ist in diesem Zusammenhang die gesellschafts- und gesundheitspolitische Entwicklung in Großbritannien. So wurde im britischen Parlament im Oktober 2021 ein Gesetz verabschiedet (die sogenannte „The Menopause (Support and Services) Bill“), das von der Labour-Abgeordneten Carolyn Harris eingebracht wurde und eine bessere Unterstützung von Frauen in dieser Lebensphase fordert und sicherstellt. Die Abgeordnete beklagte bei ihrer Rede im britischen Parlament, dass die Unterstützung für Frauen in den Wechseljahren in Großbritannien unzureichend sei und man Frauen im Stich ließe. Zudem müssten die hausärztliche Ausbildung an den medizinischen Fakultäten, die Unterstützung am Arbeitsplatz, die Vermittlung von Informationen über die öffentliche Gesundheit und die Inhalte der Lehrpläne an Schulen verbessert werden. In der britischen Öffentlichkeit formierten sich Gruppierungen wie die sogenannten „Menopause Warriors“: Frauen, die sich bislang durch die Gesundheitspolitik und bei der medizinischen Versorgung mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen und schlecht versorgt fühlen. Unterstützt wird die Entwicklung in UK von zahllosen Frauen des öffentlichen Lebens (Journalistinnen, Schauspielerinnen bis hin zu Mitgliedern des britischen Königshauses), die ihre eigenen Wechseljahrbeschwerden öffentlich machten. All dies führte zu einem deutlichen Anstieg der Verschreibung von Hormonen in den Wechseljahren in UK um rund 25–30 Prozent. Der Titel eines im Juni publizierten Editorials im Lancet fordert: „Attitudes towards menopause: time for a change“.

Lancet 2022 Jun 18; 399(10343):2243.

In Deutschland sieht die Situation nach wie vor deutlich anders aus. Laut aktuell gültiger S3-Leitlinie zur Therapie und Diagnostik der Peri- und Postmenopause (1) soll Frauen mit Hitzewallungen eine Hormonersatztherapie (HRT) angeboten werden (nachdem sie über die kurz- und langfristigen Nutzen und Risiken der Therapie aufgeklärt wurden). Gemäß der Statistik der Techniker Krankenkasse (TK)

bekamen 2021 aber nur 6,2 Prozent der bei der TK versicherten erwerbstätigen Frauen zwischen 45 und 65 Jahren ein Hormonpräparat verordnet. Die Zahl der Verordnungen sinkt seit Jahren, wie der TK-Gesundheitsreport zeigt. Zur Jahrtausendwende hatten noch 37 Prozent der Frauen Hormone gegen Wechseljahrbeschwerden eingenommen, was sehr gut den Anteil der Frauen, die stark unter Wechseljahrbeschwerden leiden, reflektiert. Neben Hitzewallungen umfassen diese auch Schlafstörungen, emotionale Labilität, depressive Verstimmungen, Gelenkschmerzen et cetera. Die Lebensqualität leidet häufig ganz beträchtlich, Frauen berichten, dass sie in ihrer Leistungs- und Belastungsfähigkeit massiv eingeschränkt sind. Eine Studie zur Versorgungssituation von klimakterischen Patientinnen in Deutschland reflektiert ein ähnliches Bild wie das im britischen Parlament geschilderte: Aufklärung über das Klimakterium und die diesem zugrunde liegenden physiologischen Vorgänge sowie die Erläuterung klimakterischer Beschwerden sind erheblich verbesserungswürdig. (2) Die Untersuchung unterstreicht das oben zitierte Statement der Abgeordneten im britischen Parlament auch für Deutschland. Inwieweit sich die schlechte Versorgung tatsächlich auch in verminderter Arbeitsfähigkeit niederschlägt (wie dies in UK belegt werden konnte: <https://www.fawcettsociety.org.uk/menopauseandtheworkplace>), lässt sich in Deutschland allerdings aktuell nicht abschätzen.

Die Angst der Frauen vor Einnahme einer HRT erklärt sich durch die überwiegend negative Berichterstattung in der Folge der 2002 publizierten „Women’s Health Initiative Study“, die die Risiken dieser Therapie herausstellte. Alle errechneten Risiken waren allerdings nach Definition der WHO als „seltene Nebenwirkung“ einzustufen. Zudem wurden in der Studie Frauen untersucht, die im Durchschnitt 63 Jahre alt waren (und damit die typische Wechseljahrphase bereits hinter sich hatten). Zudem wurden Hormonpräparate eingesetzt, die wir heute überwiegend nicht mehr verwenden. „Es hat Jahre gedauert und eine Fülle von Daten gebraucht, bis man zu dem Schluss kam, dass für die meisten Frauen die Vorteile einer HRT die Risiken überwiegen“, heißt es dazu in einem Comment von Zoe Schaedel und Janice Rymer in der Fachzeitschrift „Lancet“ im Juli 2022 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00952-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00952-7)), die sich hierbei auf die in England geltende NICE-Guideline beziehen (National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. NICE guideline (NG23). 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG23> (accessed May 13, 2022)).

Letztlich ist ein individuelles Vorgehen bei der Therapieentscheidung gefordert, welches das Ausmaß des Leidensdrucks sowie die Risikofaktoren der Patientin berücksichtigt. Die Aufklärung und Beratung von Frauen muss verbessert werden, um die Therapie maßzuschneidern auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patientin. Dies beinhaltet selbstverständlich nicht nur die Möglichkeit einer Hormontherapie, sondern auch alle möglichen weiteren Therapieansätze (Lebensstiländerung, nicht hormonelle beziehungsweise nicht pharmakologische und pharmakologische Interventionen et cetera).

Allerdings müsste sich auch bei der Beratungs-Honorierung etwas ändern – diese ist aktuell praktisch nicht existent.

Primärer Ansprechpartner für die Patientin ist in Deutschland die Gynäkologin oder der Gynäkologe. Die Endokrinologie und damit auch das Thema Menopause kommt aber in der Facharztweiterbildung der Frauenheilkunde zu kurz beziehungsweise findet nicht statt, da es sich primär um ein ambulantes Thema handelt, die Facharztausbildung aber überwiegend im klinischen Setting stattfindet. Die Ausbildungscurricula müssen dringend modifiziert werden und die Beratung der Patientin in der Peri- und Postmenopause muss hierbei berücksichtigt werden. Die entsprechenden Fachgesellschaften (zum Beispiel Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Menopause Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie) sind hier bereits involviert.

Ein vermeintlicher Weg aus der Angst vor den Nebenwirkungen einer HRT ist die zunehmende Verbreitung der Meinung, dass der Einsatz „bioidentischer Hormone“ völlig risikolos sei. Insbesondere wird dies für den Einsatz „individuell“ rezeptierter Hormonpräparate suggeriert, deren Kosten häufig von den Patientinnen selbst getragen werden müssen. Grundsätzlich gelten auch bei Anwendung bioidentischer Hormone die bekannten Risiken und Nebenwirkungen. In diesem Zusammenhang ist wichtig zu erwähnen, dass es auch mit industriell hergestellten Produkten möglich ist, quasi bioidentisch zu therapieren. Diese Produkte unterliegen aber wesentlich strengeren, gesetzlich geforderten Qualitätskontrollen und sind in aller Regel den Individualrezepturen vorzuziehen.

Die Therapie mit Testosteron kann in Einzelfällen bei Frauen sinnvoll sein. Die S3-Leitlinie stellt dies bei der Therapie sexueller Dysfunktion zur Diskussion. Allerdings gibt es kein für Frauen zugelassenes Testosteronpräparat, sodass man tatsächlich in solchen Fällen auf Individualrezepturen zurückgreifen muss. Keinesfalls sollte dies eine Standardtherapie sein, sondern auch hier kommt es auf den Einzelfall an. Daten zur Langzeitsicherheit einer solchen Therapie bestehen nicht.

1. Inwald EC, Albring C, Baum E, Beckermann M, Bühling KJ, Emons G, et al. Perimenopause and Postmenopause – Diagnosis and Interventions. Guideline of the DGGG and OEGGG (S3-Level, AWMF Registry Number 015-062, September 2020). Geburtshilfe Frauenheilkd. 2021;81(6):612-636.

2. Stute P, Eversheim H, Ortius-Lechner D, May M, Feig C. Care reality of menopausal women in Germany: healthcare research using quantitative (SHI claims data) and qualitative (survey) data collection. Arch Gynecol Obstet. 2022; 306:513-521.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, September 2022

EXPERTENSTATEMENT

Ausbleibender Zyklus, unerfüllter Kinderwunsch, schlechte Haut: Die angeborene Hormonstörung Adrenogenitales Syndrom (AGS) hat viele Gesichter. Wie sehen moderne Therapiekonzepte aus?

Professor Dr. med. Nicole Reisch, Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologin/Diabetologin
Leiterin der Transitionssprechstunde in der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV der LMU
München: Endokrinologie, Diabetologie & Stoffwechsel, Vizepräsidentin der DGE

Das klassische adrenogenitale Syndrom ist eine seltene angeborene Erkrankung der Nebennieren – unter den seltenen jedoch eine der häufigsten. Jede(r) 50. bis 60. in der Bevölkerung hat die Erbanlage dafür und kann sie weitergeben. Nur wenn zwei dieser Erbanlagen, von Vater und Mutter, zusammentreffen, dann kommt es zur Erkrankung. Die Erkrankung kann in ganz unterschiedlichen Schweregraden auftreten.

Die schwere Form verläuft in den ersten Lebenswochen tödlich, wenn sie nicht erkannt und rasch therapiert wird. Daher wird jedes deutsche Neugeborene seit 2005 auf diese Erkrankung untersucht und es überleben inzwischen praktisch alle. Etwa eines von 11 000 Neugeborenen ist betroffen, ihm fehlt das lebensnotwendige Nebennierenhormon Cortisol. 1951 konnte erstmals Cortisol synthetisiert und zur Hormonersatztherapie eingesetzt werden, die ältesten Betroffenen sind daher heute 70 Jahre alt. Die Hormonersatztherapie ist anspruchsvoll, sowohl Über- als auch Untertherapie haben erhebliche Auswirkungen auf Wachstum und Entwicklung bei Kindern sowie Fruchtbarkeit, Stoffwechsel und Herz-Kreislauf-Gesundheit bei Erwachsenen. Besonders herausfordernd ist, dass die Therapie in Situationen eines erhöhten Bedarfs wie Krankheit und Fieber schnell und richtig angepasst werden muss, andernfalls drohen lebensgefährliche Nebennierenkrisen.

Eine lebenslange konsequente Therapie in spezialisierten Zentren ist daher entscheidend. Stete Verbesserung der Therapiekonzepte und der Therapieüberwachung sorgen dafür, dass das AGS inzwischen eine behandelbare genetische Erkrankung ist und eine normale Lebenserwartung und -qualität erreicht werden kann.

Der schweren Form des adrenogenitalen Syndroms, kurz auch AGS genannt, liegt fast immer ein Mangel des Enzyms 21-Hydroxylase in der Nebenniere zugrunde, das für die Herstellung von Cortisol verantwortlich ist. Dieser Enzymmangel ist auch die häufigste Ursache eines atypischen äußeren Genitales – früher Intersexgenitale genannt – bei Neugeborenen mit weiblichem Karyotyp, 46, XX. Die frühere Bezeichnung Intersex ist jedoch sehr missverständlich und unzutreffend, weil die Geschlechtszuordnung bei betroffenen Mädchen eindeutig und die Geschlechtsidentität entsprechend weiblich ist. Der Ausgleich des fehlenden und lebensnotwendigen Hormons führt bei weiblichem 46,

XX-Karyotyp auch zu einer weiblichen Entwicklung, die Mädchen und Frauen haben immer Eierstöcke und eine Gebärmutter und sind fruchtbar.

Das äußerlich männlich veränderte Genitale dieser Mädchen wurde bis Mai 2021 meist in den ersten Lebensjahren operativ korrigiert. Im Mai 2021 trat in Deutschland das sehr umstrittene „Gesetz zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden operativen Eingriffen“ auch für Betroffene mit AGS in Kraft. Medizinische Fachgesellschaften und Patientinnen mit AGS stehen dem Gesetz sehr kritisch gegenüber. Durch das Gesetz müssen Operationen entweder bis zur Einwilligungsfähigkeit des Kindes aufgeschoben werden oder bedürfen einer familiengerichtlichen Genehmigung.

Eine mildere, aber auch sehr viel häufigere Variante des AGS betrifft vor allem Mädchen und Frauen ab der Pubertät. Das sogenannte nicht klassische AGS ist bei jeder 100. bis 2 000. Frau Ursache für Zyklusunregelmäßigkeiten, eingeschränkte Fruchtbarkeit, Haarwachstum vom männlichen Typ wie Damenbart oder auch vermehrte Behaarung beispielsweise an Brust und Bauch. Ausfall des Kopfhaares kann ebenfalls vorkommen. Jungen und Männer sind meist ohne Symptome. Bei dieser milderen Variante liegt in der Regel kein therapiebedürftiger Hormonmangel vor, sondern lediglich ein Überangebot von männlichen Hormonen aus der Nebenniere, welches die genannten Beschwerden verursacht. Ist ein Cortisolmangel ausgeschlossen, dann orientiert sich die Therapie an den Beschwerden der Patientinnen. Eine symptomatische Therapie kann durch Glukokortikoide, sprich „Cortisonpräparate“ erfolgen, aber auch durch eine Antibabypille oder andere Hormontherapien, die die Bildung und Wirkung männlicher Hormone aus der Nebenniere blockieren. Welche Therapie die richtige und am wirkungsvollsten für das jeweilige Beschwerdebild ist, muss gemeinsam mit der Patientin entsprechend den Therapiezielen entschieden werden. Auch wenn keine ursächliche Therapie möglich ist, ist eine genaue Diagnose durch Endokrinolog*innen wichtig. Aufgrund der Vererbbarkeit sollte immer eine genetische Beratung erfolgen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, September 2022

EXPERTENSTATEMENT

Bluthochdruck - Wann ist an die Nebenniere zu denken?

Professor Dr. med. Martin Fassnacht, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie
Leiter der Endokrinologie und Diabetologie, Medizinische Klinik I am Uniklinikum Würzburg,
Leitlinienbeauftragter der DGE, Vorstandsmitglied der European Society of Endocrinology

Bluthochdruck ist neben der „Zuckererkrankung“ Diabetes mellitus und erhöhten Blutfetten eine der wesentlichen Ursachen, dass Menschen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall entwickeln. Genau wie seine genannten „Risiko-Geschwister“ kommt er in der Regel unbemerkt und kann dann doch fatale, im Endeffekt bekanntermaßen tödliche Folgen haben. Weltweit sind aktuell schätzungsweise 1,4 Milliarden Menschen Blutdruck-krank.

Bis vor einigen Jahren ging man davon aus, dass man bei über 98 Prozent der Menschen, die an einer arteriellen Hypertonie leiden, keine Ursache findet. Insbesondere Hormonstörungen galten als nur extrem seltene Auslöser für dieses Gesundheitsproblem. Inzwischen wissen wir aber, dass dies nicht mehr stimmt. Alleine Erkrankungen der kleinen Nebennieren sind nach heutigem Kenntnisstand für mehr als zehn Prozent der Hypertonie-Fälle verantwortlich. Die Nebennieren sind selbst nur wenige Zentimeter groß und sitzen beidseits auf den Nieren, mit denen sie aber eigentlich nicht wirklich etwas zu tun haben, und produzieren multiple Hormone, von denen mehrere an der Blutdruckregulation beteiligt sind. Das mit Abstand häufigste Krankheitsbild im Zusammenhang mit Bluthochdruck ist das sogenannte Conn-Syndrom, der primäre Hyperaldosteronismus. Hierbei wird das Hormon Aldosteron, das beim Gesunden in eine sich selbst regulierende Hormonkaskade eingebunden ist, weitgehend unreguliert ausgeschüttet und verursacht dann eine deutliche Steigerung des Blutdrucks. Aber nicht nur das. Es kommt bei ausgeprägten Formen auch zu Verschiebungen der Blutsalze und viele Studien der letzten Jahre konnten belegen, dass Patient*innen mit Conn-Syndrom im Vergleich zu Patient*innen mit „normalem“, sogenanntem essenziellem Bluthochdruck deutlich mehr an Vorhofflimmern, Herzinfarkten, Herzinsuffizienz und Schlaganfällen leiden und deshalb deutlich früher sterben, wenn die Erkrankung nicht diagnostiziert wird. Sie sind also eine besondere Risiko-Gruppe innerhalb der Risiko-Gruppe aller Hypertoniker. Und die wichtige Information hierbei: Wenn wir die Erkrankung frühzeitig erkennen und richtig behandeln, können wir das Risiko deutlich senken und bei circa einem Drittel der Betroffenen können wir sogar eine dauerhafte Heilung erzielen. Diese Menschen haben nämlich einen kleinen gutartigen Nebennierentumor, der das Zuviel an Aldosteron produziert. Und wenn dieser erfolgreich operativ entfernt wird, ist die Erkrankung verschwunden. Wenn der Bluthochdruck nicht schon andere Organe geschädigt und sich damit verselbstständigt hat, haben die Menschen wieder einen komplett normalen Blutdruck. Es lohnt sich also, diese Patient*innen herauszufischen. Und es ist eben nicht – wie früher geglaubt – die Nadel im Heuhaufen. Aktuelle Zahlen zeigen, dass selbst bei milder Hypertonie mindestens fünf Prozent der Patient*innen

ein Conn-Syndrom haben und dieser Prozentsatz steigt bei sehr ausgeprägter Hypertonie auf 30 Prozent, sprich ein Drittel aller Betroffenen.

Aktuelle Empfehlungen der verschiedenen Fachgesellschaften sagen, dass eigentlich bei 50 Prozent aller Hypertoniker nach einem Conn-Syndrom gefahndet werden sollte. Die Realität ist, dass wahrscheinlich nur ein Prozent der Conn-Syndrome entdeckt wird. Das ist nicht gut. Woran das liegt? Weil die Ärzte immer noch glauben, dass das Conn-Syndrom so selten ist, und weil die Diagnostik für so kompliziert gehalten wird. Ersteres ist offensichtlich falsch, Zweiteres leider nicht komplett. Wenn man zweiseitig vorgeht, ist es aber nicht so schwierig. Am Anfang muss man „nur“ zwei Hormone, neben dem Aldosteron noch das Steuerungshormon Renin, gleichzeitig bestimmen und einen Quotienten bilden. Dieser weltweit eingesetzte Screening-Test filtert dann leider auch Patient*innen heraus, die die Erkrankung nicht haben, und deshalb muss obligat ein Bestätigungstest erfolgen. Hierfür wird weltweit am häufigsten der sogenannte Suppressionstest mit intravenöser Kochsalz-Infusion eingesetzt. Dies ist dann tatsächlich etwas aufwendiger; unter anderem da man hierzu auch vorher die Blutdruckmedikamente umsetzen und anschließend noch eine gezielte Lokalisationsdiagnostik machen muss. Dies kann und soll aber ruhig der Endokrinologe machen. Dieser schaut dann auch noch nach den anderen seltenen Hormonursachen des Bluthochdrucks wie Phäochromozytom und Cushing-Syndrom.

Eine ganz aktuelle Studie der Endokrinologen aus Dresden, München und Würzburg hat nun im Rahmen des DFG-geförderten Sonderforschungsbereichs Nebenniere mit einer verbesserten Labordiagnostik, der sogenannten LC-MS, herausgefunden, dass tatsächlich auch bei dem Bestätigungstest ein bestimmter Prozentsatz der Patient*innen falsch diagnostiziert wird. Dies ist ein weiterer Grund dafür, dass diese Diagnostik beim Spezialisten erfolgt. Die erste Screening-Untersuchung dagegen kann beziehungsweise sollte allerdings unbedingt vom Hausarzt und Allgemeininternisten durchgeführt werden. Die Forscher des erwähnten Sonderforschungsbereichs arbeiten aktuell auch intensiv daran, dass man die aufwendige Diagnostik eventuell zukünftig mithilfe von künstlicher Intelligenz deutlich verbessern und vereinfachen kann. Aber bis dahin wird man erst einmal nicht an dem sogenannten Aldosteron-Renin-Quotienten als Screening-Test vorbeikommen.

Zum Schluss will ich Ihnen noch von einer zweiten Studie zur Nebenniere und zu kardiovaskulären Erkrankungen berichten. Wir wissen schon lange, dass Nebennierentumoren mit zu den häufigsten Tumoren des Menschen gehören. Über 90 Prozent der Tumoren sind gutartig und bisher ging man davon aus, dass nur maximal zehn Prozent der Tumoren so viele Hormone produzieren, dass diese krank machen. Jetzt hat eine weltweite Studie, bei der wir von Würzburg aus koordinierend über 3 600 Patient*innen mit zufällig entdecktem gutartigem Nebennierentumor untersuchen konnten, herausgefunden, dass die Patient*innen, deren Nebennierentumor eine Spur des Nebennierenhormons Cortisol zu viel produziert, deutlich häufiger an Bluthochdruck und Zuckererkrankung leiden. Das

Entscheidend ist aber, dass bei dieser Gruppe eine 50- bis 75-prozentig höhere Sterbewahrscheinlichkeit vorliegt als bei den Patient*innen, die keine vermehrte Hormonproduktion aufweisen. Das Spannende dabei ist, dass dieses Risiko nicht gleich verteilt ist, sondern stark vom Geschlecht und vom Alter abhängt. Während Männer über 65 Jahre mit Nebennierentumor und vermehrter Cortisol-Produktion überhaupt kein erhöhtes Risiko aufweisen, ist die Sterblichkeit bei Frauen unter 65 Jahren mit dieser Konstellation über vierfach erhöht. Völlig unklar ist allerdings noch, ob man durch eine Operation oder auch medikamentöse Therapie dieses Risiko wieder senken kann. Dies ist Gegenstand aktueller Forschungen von uns und anderen.

Da man aber davon ausgehen muss, dass circa drei Prozent aller Menschen über 50 Jahre, was alleine in Deutschland rechnerisch einer Zahl von circa einer Million Menschen entspricht, einen Nebennierentumor haben, kann man sich ausmalen, dass dies große Relevanz haben könnte.

Also, es lohnt sich durchaus, ab und zu auch an eher unbekannte Organe wie die Nebenniere zu denken.

Referenzen zu den zwei zitierten Studien:

Eisenhofer G, Kurlbaum M, Peitzsch M, Constantinescu G, Remde H, Schulze M, Kaden D, Müller LM, Fuss CT, Kunz S, Kołodziejczyk-Kruk S, Gruber S, Prejbisz A, Beuschlein F, Williams TA, Reincke M, Lenders JWM, Bidlingmaier M. The Saline Infusion Test for Primary Aldosteronism: Implications of Immunoassay Inaccuracy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022 Apr 19;107(5):e2027-e2036

Deutschbein T, Reimondo G, Di Dalmazi G, Bancos I, Patrova J, Vassiliadi DA, Nekić AB, Debono M, Lardo P, Ceccato F, Petramala L, Prete A, Chiodini I, Ivović M, Pazaitou-Panayiotou K, Alexandraki KI, Hanzu FA, Loli P, Yener S, Langton K, Spyroglou A, Kocjan T, Zacharieva S, Valdés N, Ambroziak U, Suzuki M, Detomas M, Puglisi S, Tucci L, Delivanis DA, Margaritopoulos D, Dusek T, Maggio R, Scaroni C, Concistrè A, Ronchi CL, Altieri B, Mosconi C, Diamantopoulos A, Iñiguez-Ariza NM, Vicennati V, Pia A, Kroiss M, Kaltsas G, Chrisoulidou A, Marina LV, Morelli V, Arlt W, Letizia C, Boscaro M, Stigliano A, Kastelan D, Tsagarakis S, Athimulam S, Pagotto U, Maeder U, Falhammar H, Newell-Price J, Terzolo M, Fassnacht M. Age-dependent and sex-dependent disparity in mortality in patients with adrenal incidentalomas and autonomous cortisol secretion: an international, retrospective, cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022 Jul;10(7):499-508.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Würzburg, September 2022

EXPERTENSTATEMENT

Deutschland ist wieder Jodmangelgebiet – was jetzt zu tun ist

Professor Dr. med. Joachim Feldkamp, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie
Direktor der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetologie und
Infektiologie am Klinikum Bielefeld Mitte

Jod ist für die menschliche Gesundheit ein lebenswichtiger Baustein. Für die Produktion von Schilddrüsenhormonen ist Jod essenziell. Ganz überwiegend wird von der Schilddrüse Levo-Thyroxin (T4) mit vier Jodatomen im Molekül produziert. Ein kleiner Teil der Produktion entfällt auf Trijodthyronin (T3) mit drei Jodatomen.

Jod muss über die Ernährung zugeführt werden. Deutschland gehört nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aktuell wieder zu den Ländern mit Jodmangel (1). Nachdem bis Anfang der 2000er-Jahre die Jodversorgung in Deutschland durch die zunehmende Verwendung von jodiertem Speisesalz verbessert werden konnte, nimmt dieser Anteil in den letzten Jahren wieder deutlich ab. In privaten Haushalten wird erfreulicherweise in circa 70 bis 75 Prozent jodiertes Speisesalz verwendet. Die vom Robert Koch-Institut bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen dokumentierte rückläufige Jodversorgung ist hauptsächlich auf einen Rückgang des Gebrauchs von jodiertem Speisesalz in der professionellen Lebensmittelverarbeitung zurückzuführen (2). Vor gut 15 Jahren lag dieser Anteil bei etwa 35 Prozent. Dies hat ausgereicht, die Jodversorgung in Deutschland so zu verbessern, dass 2007 Deutschland nicht mehr zu den Jodmangelgebieten gezählt wurde. Aktuell wird der Anteil allerdings nur noch auf etwa 25 bis 27 Prozent geschätzt. Die wesentlichen Gründe für den Rückgang sind vor allem der Kostendruck (jodiertes Speisesalz ist geringfügig teurer) sowie eine Internationalisierung der Märkte. Da in verschiedenen Ländern unterschiedliche Regularien zur Möglichkeit der Jodierung von Speisesalz bestehen, wird von den Lebensmittelproduzenten oft der einfache und kostengünstigere Weg ohne jodiertes Speisesalz eingeschlagen.

Was bedeutet der Jodmangel für die Bevölkerung?

Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Jodversorgung und dem Auftreten von Schilddrüsenvergrößerungen und Schilddrüsenknoten (3). Mit zunehmendem Jodmangel wird daher die Zahl der Menschen mit Schilddrüsenvergrößerungen (Kröpfen) und mit Schilddrüsenknoten in Deutschland wieder ansteigen. Nachdem die Anzahl der Schilddrüsenoperationen in Deutschland nach einer vorübergehenden Verbesserung der Jodversorgung und zurückhaltender Indikationsstellung rückläufig ist, kann erwartet werden, dass mit zunehmender Anzahl der Schilddrüsenknoten auch die Häufigkeit von Schilddrüsenoperationen wieder steigt. Im Jodmangel entwickeln sich häufiger die gutartigen hyperfunktionellen Knoten (die sogenannten „heißen Knoten“). Diese können zu einer

Überfunktion der Schilddrüse (Schwitzen, Pulsbeschleunigung, Durchfall, Gewichtsabnahme, Unruhe, Schlafstörungen, Ängste, Konzentrationsstörungen) führen und auch ernsthafte Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern auslösen. Veganer haben ein höheres Risiko, einen Jodmangel zu entwickeln, als Menschen, die sich mit einer Mischkost ernähren.

Jod und Schwangerschaft

In der Schwangerschaft steigt der Bedarf an Jod durch den erhöhten Bedarf der Schwangeren selbst, die zusätzliche Versorgung des heranwachsenden Kindes und durch erhöhte Jodverluste der Frau durch einen beschleunigten Stoffwechsel mit höherer Ausscheidung von Jod im Urin der Schwangeren. Jod ist für die kindliche Entwicklung entscheidend. Ein schwerer Jodmangel geht mit einer erhöhten Fehlgeburtsrate, Wachstumsstörungen des Kindes und einer erhöhten Zahl an Todgeburten einher. Bei einem milden Jodmangel, wie er in Deutschland herrscht, kann die neurokognitive Entwicklung des Kindes ebenfalls beeinträchtigt sein. Die DGE rät daher in den „Klug entscheiden“-Empfehlungen gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin allen Frauen die Supplementierung von Jod in Schwangerschaft und Stillzeit an. Leider ist die Umsetzung noch unzureichend. In der prospektiven webbasierten Still-Studie SuSe II nahmen 966 Mutter-Kind-Paare teil. Hier gaben nur 50,1 Prozent der befragten Mütter an, in der Schwangerschaft Jod zuzuführen (4). Hier besteht also weiter ein deutlicher Bedarf an Aufklärung.

Die Empfehlung der Jodsupplementation gilt auch für Frauen mit Autoimmunthyreoiditis (Hashimoto-Thyreoiditis). Es kommt zu keinen Nachteilen für die Mutter, das Kind profitiert aber von der Jodsupplementation.

Jod beim Atomunfall

Der Krieg in der Ukraine hat zu Sorgen geführt, dass radioaktive Strahlung zu Gesundheitsschäden führen kann. Eine vorbeugende Einnahme von hoch dosierten Jodtabletten führt zu einer Blockade der Schilddrüse, sodass radioaktives Jod im Falle einer Kontamination nicht aufgenommen werden kann. Dadurch kann Schilddrüsenkrebs (gefährdet sind besonders Kinder) verhindert werden. Eine zu frühe Einnahme ist jedoch unsinnig und kann sogar schaden, sodass die Einnahme hoch dosierter Jodtabletten nur nach vorheriger Aufforderung durch die Katastrophenschutzbehörden erfolgen sollte. Ein Horten von Jodtabletten ist nicht sinnvoll. Für die gesamte Bevölkerung Deutschlands besteht eine ausreichende Bevorratung.

1) Zimmermann MB, Andersson M: Global perspectives in endocrinology: coverage of iodized salt programs and iodine status in 2020. Eur J Endocrinol 2021; 185(1):R13-R21. doi: 10.1530/EJE-21-0171

2) Hey I, Thamm M: Abschlussbericht: Monitoring der Jod- und Natriumversorgung bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2), 2019

3) Carlé A, Krejbjerg A, Laurberg P: Epidemiology of nodular goitre. Influence of iodine intake. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2014; 28(4):465-479

4) Kersting M, Hockamp N, Burak C et al.: Studie zur Erhebung von Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung in Deutschland – SuSe II. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): 14. DGE-Ernährungsbericht. Vorveröffentlichung Kapitel 3. Bonn (2020), V1–V34,
<http://www.dge.de/14-dge-eb/vvoe/kap3>



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

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 **24. September bis 1. Oktober 2022** veranstaltet die DGE die **7. Deutsche Hormonwoche**. Wegen der Corona-Pandemie finden nur wenige Veranstaltungen für Patienten und Angehörige statt. Nähere Informationen dazu hat die DGE-Geschäftsstelle. Zum **Auftakt der Hormonwoche** veranstaltet die DGE am **Dienstag, 20. September 2022 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
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



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
Hormone und Stoffwechsel

Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) 2022/2023

Zum siebten 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 2023. 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 2022 und dem 31. Januar 2023** 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 **66. Kongress für Endokrinologie** 5. bis 7. Juni 2023 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:

Katharina Kusserow

Postfach 30 11 20, D-70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-703, Fax: 0711 8931-167, E-Mail: kusserow@medizinkommunikation.org
www.endokrinologie.net, www.hormongesteuert.net