



Kongress-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Termin: Dienstag, 3. Mai 2011, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Rhein-Main Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Themen und Referenten:

Der 117. Internistenkongress – Was waren die Highlights

Professor Dr. med. Hendrik Lehnert

Vorsitzender der DGIM 2010/2011, Kongresspräsident des 117. Internistenkongresses,
Direktor der Medizinischen Klinik I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress: Ausblick auf den 118. Internistenkongress

Professor Dr. med. habil. Joachim Mössner

Vorsitzender der DGIM 2011/2012, Kongresspräsident des 118. Internistenkongresses,
Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig
AöR, Abteilung für Innere Medizin und Dermatologie, Leipzig

Kinderwunsch nach Krebs: Was bedeutet eine Chemotherapie für die Schwangerschaft?

Professor Dr. med. Klaus Diedrich

Direktor und ärztliche Zentrumsleitung der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Gynäkologie), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Übergewicht und koronare Herzkrankheit: Adipositas als Ursache chronischer Entzündung

Professor Dr. med. Michael Roden

Geschäftsführender Direktor des Deutschen Diabetes-Zentrum DDZ an der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung, Düsseldorf

Alt, vielfach erkrankt und von Schmerzen geplagt: Wie können wir Patienten in der Geriatrie bestmöglich palliativ betreuen?

Professor Dr. med. Cornel Sieber

Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns, Universität Erlangen-Nürnberg,
Chefarzt der Medizinischen Klinik II am Klinikum Nürnberg

Anti-Aging und Hormone: Hokuspokus oder Hoffnung auf ewige Jugend?

Professor Dr. med. Eberhard Windler

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Endokrinologie und Stoffwechsel des Alterns,
Hamburg

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2011.de

Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:

Luisenstraße 59

10117 Berlin



**Kongress-Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)**

Termin: Dienstag, 3. Mai 2011, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Rhein-Main Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Inhalt:

Pressemeldungen: **Anti-Aging durch Hormone nicht bestätigt
Therapie gegen Wechseljahresbeschwerden genau abwägen**

**Körperliches Training wirksam bei Demenz
Lebensqualität für Hochbetagte und Demente sicherstellen**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. habil. Joachim Mössner

 Professor Dr. med. Klaus Diedrich

 Professor Dr. med. Michael Roden

 Professor Dr. med. Cornel Sieber

 Professor Dr. med. Eberhard Windler

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2011.de

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:
Luisenstraße 59
10117 Berlin*



117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
30. April bis 3. Mai 2011, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Anti-Aging durch Hormone nicht bestätigt

Therapie gegen Wechseljahresbeschwerden genau abwägen

Wiesbaden, 3. Mai 2011 – Eine Hormonersatztherapie (HRT) lindert bei Frauen zwar wirksam Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen, Schlafstörungen und auch abnehmende Knochendichte. Doch die „Hoffnung auf ewige Jugend“ erfüllt sie nicht. Stattdessen erhöht eine längerfristige Anwendung das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden und auch das Krebsrisiko. Wann eine Hormontherapie für Frauen sinnvoll sein kann, ihre Vorteile und Risiken, diskutieren Experten auf dem 117.

Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden.

Etwa 60 bis 70 Prozent aller Frauen zwischen 45 und 54 Jahren leiden unter dem sogenannten klimakterischen Syndrom: Sie geben an, nervös, erschöpft und reizbar zu sein und klagen über Schweißausbrüche. Eine Hormontherapie mit Östrogenen und Gestagenen kann oft einige dieser Symptome lindern. „Die typische aufsteigende Hitze und ihre Folgen wie Schlafstörungen, seelisches Missempfinden und geringe körperliche Belastbarkeit können zwar effektiv mit Hormonen behandelt werden“, sagt Professor Dr. med. Eberhard Windler, Hamburg. Unbestritten sei zudem eine drastische Verminderung des Verlusts der Knochendichte. Doch die meisten Brüche von Wirbelsäule und Schenkelhals ereignen sich bei Frauen zwischen 80 und 90 Jahren. Sie müssten langfristig Hormone einnehmen, um einen Effekt zu erzielen. Denn die Frakturrate steigt sofort nach Absetzen der Hormonersatztherapie wieder an, wie eine aktuelle Nachuntersuchung der Womens Health Initiative (WHI) zeigt.

Dem entgegen stehen die Nachteile der HRT: „Den Mittelpunkt der Bedenken bildet verständlicherweise das Krebsrisiko“, betont Professor Windler im Rahmen des 117. Internistenkongresses. Vor allem in Kombination heben Östrogen und Gestagen das Risiko für Brust- und Eierstockkrebs an. „Rein rechnerisch bleibt zwar das Gesamtkrebsrisiko aufgrund der Reduktion des Risikos für Dickdarmkrebs unverändert“, so Professor Windler



von der Arbeitsgruppe Endokrinologie und Stoffwechsel des Alterns am Universitätsklinikum Eppendorf. Aber eine Darmspiegelung ermögliche letzteres ebenfalls.

Ihr Ruf, Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen, ist für die Hormonersatztherapie bisher nicht im erhofften Umfang erwiesen. Die jüngste Nachuntersuchung der WHI bestätigt zwar die Möglichkeit, dass Östrogene bei Frauen in den ersten zehn Jahren der Postmenopause die Zahl koronarer Ereignisse deutlich verringern, erläutert Professor Windler. Allerdings müsse vermutlich ein geeignetes Gestagen gewählt werden, um diesen Effekt auch bei einer Kombinationstherapie erzielen zu können. In jedem Fall bleibt das Schlaganfallrisiko mit einem Ereignis pro 1000 Lebensjahre erhöht, genauso wie langfristig ein verdoppeltes Thromboserisiko. Letzteres kann aber vermutlich durch Östrogenpflaster relativiert werden.

Die Hormonpillen verbessern weder Denk- und Wahrnehmungsfähigkeit noch eine Demenz. Auch das Altern der Haut halten sie nicht auf. Eine Harninkontinenz verschlechtert sich unter Hormontherapie sogar. Auch Gallenblasenerkrankungen treten danach häufiger auf. Diese zu operieren ist für die Betroffenen riskant. „Die Hoffnung auf Anti-Aging durch Hormonersatz muss in der Beratung auf das beschränkt bleiben, was erwiesen ist“, sagt Professor Windler.

Dennoch sei nicht zu unterschätzen, wie sehr die Symptome der Wechseljahre die Lebensqualität mindern. Denn die Folgen gehen über Hitze und Nachtschweiß hinaus. Viele Frauen fühlten sich unter Hormonersatztherapie bis ins hohe Alter wohler. Solch subjektive Einschätzungen werden sich vermutlich in Studien nie vollkommen erfassen lassen, gibt der Experte zu Bedenken. Betroffene sollten sich deshalb unbedingt umfassend beraten lassen und gemeinsam mit ihrem Arzt das Für und Wider besprechen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2011.de

*Berliner Büro im Langenbeck-
Virchow-Haus:
Luisenstraße 59
10117 Berlin*



117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
30. April bis 3. Mai 2011, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Körperliches Training wirksam bei Demenz

Lebensqualität für Hochbetagte und Demente sicherstellen

Wiesbaden, 3. Mai 2011 – Etwa ein Drittel der altersmedizinischen Patienten leiden unter Demenz, ihr Denkvermögen lässt nach. Zudem sind sie oft vielfach erkrankt, von Schmerzen geplagt und nicht selten depressiv. Der 117. Internistenkongress vom 30. April bis 3. Mai 2011 in Wiesbaden widmet sich mit seinem Leitthema Lebensphasen vor allem auch dieser Gruppe von Patienten. Experten diskutieren dort Wege, Hochbetagte und Demente wirksam zu behandeln und ihnen bis zuletzt ein lebenswertes Leben zu ermöglichen.

Auf dem 117. Internistenkongress stellen Experten Daten vor, die zeigen, dass gezieltes körperliches Training Demenzkranken hilft. Sie gewinnen an Muskelkraft, bleiben beweglicher und sind weniger sturzgefährdet. „Demente profitieren von einem Training ebenso wie nicht demente Patienten, die im Rahmen anderer chronischer Krankheiten Muskelkraft verloren haben“, sagt Privatdozent Dr. med. Daniel Kopf, Leitender Oberarzt am Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg. Hinzu kommt, dass auch die geistige Leistung der Patienten sich bessert.

Morbus Alzheimer und andere Formen der Demenz sind fortschreitende Erkrankungen, die in der Regel mit einer Gedächtnisstörung beginnen. Im Endstadium leiden Betroffene aber auch unter typischen körperlichen Symptomen: Gewichtsverlust, Muskelschwäche, Bewegungsstörungen, Inkontinenz und Schluckstörungen. Die Folge sind Stürze, Brüche und Wundliegen. Speise oder Speichel in der Luftröhre führen häufig zu einer Lungenentzündung.

Oft sind dies die Gründe, Demenzkranke in internistische Kliniken einzuweisen. „Auf Stationen, die keine speziellen Hilfen für Demenzkranke anbieten, sind diese Patienten jedoch gefährdet“, gibt Dr. Kopf zu bedenken. Denn die Behandlung und Begleitung von Hochbetagten und insbesondere Menschen mit Demenz erfordert eine besondere



Herangehensweise, sagt auch Professor Dr. med. Cornel Sieber, Nürnberg. Denn diese Patienten verlieren zunehmend ihre geistigen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten. „Sie brauchen eine sehr individuelle Behandlung, Pflege und Begleitung durch ein geriatrisch-multidisziplinäres Team“, so Sieber, Chefarzt der Medizinischen Klinik II am Klinikum Nürnberg und Inhaber des Lehrstuhls für Innere Medizin-Geriatrie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Speziell geschulte Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten müssten daran mitarbeiten. Oft ginge es auch darum, die Angehörigen einzubeziehen.

Spezialisierte Abteilungen innerhalb der Geriatrie können den Bedürfnissen hoch Betagter und Dementer gerecht werden. „Eine geschützte Umgebung und ein strukturierter Tagesablauf tragen dazu bei, Verwirrheitszustände zu vermeiden“, sagt Daniel Kopf. Allein dies verhindere mitunter die Einweisung in ein Pflegeheim. Auf dem 117. Internistenkongress stellen die Experten Versorgungsformen vor, die den besonderen Bedürfnissen von Demenzpatienten Rechnung tragen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2011.de

Berliner Büro im Langenbeck-

Virchow-Haus:

Luisenstraße 59

10117 Berlin

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress: Ausblick auf den 118. Internistenkongress

Professor Dr. med. habil. Joachim Mössner, Vorsitzender der DGIM 2011/2012, Kongresspräsident des 118. Internistenkongresses, Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig AöR, Abteilung für Innere Medizin und Dermatologie, Leipzig

Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin laden ich Sie zum 118. Kongress der DGIM vom 14. bis 17. April 2012 in Wiesbaden ein. Als Rahmenthema des kommenden Kongresses habe ich „Krankheit, Gene und Umwelt“ ausgewählt. Dabei sollen die Hauptthemen

- Genetische Diagnostik
- Adipositas
- Herzinsuffizienz
- Multimorbidität im Alter
- Onkologie des Verdauungstrakts

die derzeit drängenden Probleme in den Industrienationen aus dem breiten Spektrum der Inneren Medizin abbilden.

Genetische Diagnostik: neben den meist bekannten klassischen autosomal dominanten oder rezessiv vererbten Erkrankungen mit definierter Mutation, dürfte außer Zweifel stehen, dass komplexere genetische und epigenetische Veränderungen das Risiko der Krankheitsentstehung und ihren Verlauf beeinflussen. Ihre weitere Aufklärung wird das Verständnis der Pathogenese erweitern. Die sogenannte personalisierte Medizin wird an Einfluss gewinnen. Wir werden wissen, welcher Patient von welcher Therapie profitiert. Insbesondere in der Onkologie werden wir zunehmend molekular gezielte Therapien einsetzen, teure oder nebenwirkungsreiche Medikamente vermeiden, wenn sie aufgrund molekularer Veränderungen wirkungslos sind. Der Chip, der mein gesamtes Genom verrät, wird bald finanzierbar sein. Wie gehen wir mit diesen Daten um? Wie „verkräften“ wir, wie interpretieren wir, wenn der Chip uns sagt, das Risiko eines Herzinfarkts ab dem 40. Lebensjahr ist um den Faktor 3,5 erhöht?

Adipositas mit all ihren Folgeerkrankungen und ihrer Stigmatisierung ist eine der medizinischen Herausforderungen der kommenden Jahre in den Industrienationen. Prophylaxe, Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz in einer älter werdenden Gesellschaft gehört sicher zu den Kernaufgaben des Internisten. Es ist daher zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung Adipositas und Herzinsuffizienz im Rahmen eines IFB (Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum) fördert.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft fördert zahlreiche Sonderforschungsbereiche mit für auch „nur“ praktisch tätige Internisten äußerst wichtigen Themen, um hier nur Organfibrose, inflamma-

torische Kardiomyopathie, allergische Immunantworten der Lunge, Pneumonie, molekulare Mechanismen Zytokin-gesteuerter Entzündungsprozesse, Interaktivität lymphatischer Neoplasien zu nennen. Ich hoffe, dass die Sprecher einiger Sonderforschungsbereiche Teilergebnisse ihrer Arbeiten vorstellen.

Das von mir gewählte Rahmenthema soll die Komplexität der Krankheitsentstehung unter Berücksichtigung neuester Forschungsergebnisse beleuchten. Dies bedeutet, dass wir für das Verständnis internistischer Krankheitsbilder den Einfluss von Interaktionen aus Genen und Umwelt berücksichtigen müssen. Die praktische Bedeutung dieser Erkenntnisse bestimmt bereits schon unser alltägliches Handeln in allen internistischen Schwerpunkten. Ziel des Kongresses soll es daher sein, sowohl dem Assistenzarzt als auch dem Facharzt durch ein breites Spektrum von Veranstaltungen die Bedeutung der Komplexität des Rahmenthemas zu vermitteln und Bekanntes zu vertiefen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2011

Oozyten und Ovarkryokonservierung

Professor Dr. med. Klaus Diedrich, Direktor und ärztliche Zentrumsleitung der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Einleitung: Mit zunehmend erfolgreicherem onkologischen Therapien nimmt auch das Langzeitüberleben betroffener Patienten zu. Dies erfordert, die durch die Behandlung verursachten Langzeitkomplikationen verstärkt zu berücksichtigen. Hierzu zählt auch der Verlust der Ovarialfunktion beziehungsweise der Fertilität infolge zytostatikainduzierter Gonadotoxizität.

Methoden: Diskussion ausgewählter Publikationen.

Ergebnisse: Es gibt mehrere, teilweise experimentell einzustufende Möglichkeiten des Fertilitäts-erhalts. Vor einer Strahlentherapie können die Ovarien aus dem strahlentherapeutischen Feld transpositioniert werden. Oozyten, fertilisierte Eizellen und Embryonen sowie Ovarialgewebe können kryokonserviert werden. Auch GnRH-Analoga schützen möglicherweise die weiblichen Gonaden.

Diskussion: Die Zahl der Therapieoptionen zum Fertilitätserhalt hat sich erhöht. Allerdings sind die Verfahren noch als experimentell zu betrachten. Einige Optionen wie die Kryokonservierung von Embryonen sind in Deutschland rechtlich nicht zulässig. Ungeklärt ist neben zahlreichen Details auch die Kostenerstattung derartiger Maßnahmen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2011

Übergewicht und koronare Herzkrankheit: Adipositas als Ursache chronischer Entzündung

Professor Dr. med. Michael Roden, Geschäftsführender Direktor des Deutschen Diabetes-Zentrum DDZ an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung, Düsseldorf

Neben zunehmendem Alter und männlichem Geschlecht stellt Übergewicht den wichtigsten Risikofaktor für die häufigste Diabetesform, den Typ-2 (früher auch Alters-Diabetes bezeichnet)-Diabetes mellitus. Andererseits ist Diabetes mellitus für jeden dritten tödlichen Herzinfarkt verantwortlich. Neue epidemiologische Daten zur Diabeteshäufigkeit in Deutschland wurden aus der KORA-Studie in einer Kooperation zwischen dem Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ) Düsseldorf und dem Helmholtz-Zentrum München gewonnen. *Danach leiden bereits zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr ungefähr zehn Prozent aller Deutschen an Diabetes und bei weiteren 20 Prozent besteht unmittelbares Diabetesrisiko, ein „Prädiabetes“.* Diese Hochrisikogruppen sind überwiegend übergewichtig und haben das idente Risiko für koronare Herzkrankheiten und ihre Folgen wie manifeste Diabetes-Patienten.

In allen diesen Risiko- oder Patientengruppen mit zum Beispiel Übergewicht, Diabetes oder koronarer Herzkrankheit finden sich meist folgende Merkmale:

1. *gestörte Insulinwirkung (= Insulinresistenz)* vor allem in Leber und Muskel,
2. *gestörter Fettstoffwechsel* (erhöhte Triglyzeride) und
3. Hinweise auf eine *chronische, subklinische Entzündung*, die ihren Ausgangspunkt überwiegend im Fettgewebe haben dürfte.

Vor allem längerfristig bestehendes Übergewicht führt zur Verschiebung der Produktion von entzündungshemmenden (= antinflammatorischen) hin zu entzündungsfördernden *Gewebshormonen* (= proinflammatorischen Zytokinen). Die entzündungsfördernden Zytokine, wie Tumor-Nekrose-Faktor alpha oder Interleukin-6 wirken nicht nur lokal im Fettgewebe, sondern zirkulieren im Blut, gelangen so zu anderen Organen und Geweben und tragen selbst zur Beurteilung der Risikoabschätzung für Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten bei. Daneben werden weitere Faktoren von Entzündungs- und Immunzellen, die in das Fettgewebe einwandern können freigesetzt. Dazu gehört unter anderen die Lipoprotein-associated Phospholipase A₂ (Lp-PLA₂), die auch zur Entstehung von oxidierten Fettabbauprodukten beiträgt. Der am besten untersuchte Faktor, das C-reaktive Protein, wird in der Leber produziert und in einem Consensus-Report der American Heart Association (AHA) und der American College of Cardiology (ACC) zur Bestimmung des Risikos für Re-Infarkte empfohlen. Studien zur Anwendung von Risiko-Scores oder -Panels anhand von Kombinationen zahlreicher dieser Marker verbessern die Risikovorhersage für metabolische oder kardiovaskuläre Krankheiten aber bisher nur gering.

Andererseits liegen erste Ergebnisse einer klinischen Studie vor, die bei Patienten mit Übergewicht und Typ-2-Diabetes nach Behandlung mit Salsalat, einem Acetylsalicylsäure-artigen Entzündungshemmer, eine – wenn auch geringe – Verbesserung des Glukose- und Fettstoffwechsels ergab. Weitere Studien sind vorgesehen und müssen die Wirksamkeit und Sicherheit dieses auf Entzündungshemmung beruhenden Therapieprinzips aber erst noch beweisen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2011

**Alt, vielfach erkrankt und von Schmerzen geplagt:
Wie können wir Patienten in der Geriatrie bestmöglich betreuen?**

Professor Dr. med. Cornel Sieber, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns, Universität Erlangen-Nürnberg; Chefarzt der Medizinischen Klinik II am Klinikum Nürnberg

Die Ziele der Palliativmedizin sind beim meist multimorbiden geriatrischen Patienten nicht per se divergent zu denen bei jüngeren Patienten. Diese sind: Schwerkranken Menschen ein lebenswertes Leben bis zuletzt zu ermöglichen, wobei auch die Angehörigen eng mitbetroffen sind und deshalb mitbeteiligt werden sollen. Dies erfordert eine stark individualisierte Behandlung, Pflege und Begleitung in einem geriatrisch-multidisziplinären Team. Dieses beinhaltet neben speziell geschulten Ärzten und Pflegefachpersonen auch Psychologen, Seelsorger, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten.

Eine ganz spezielle Herausforderung ist die palliativmedizinische Begleitung von Menschen mit Demenz. Gerade bei den „oldest old“ Personen ist die Demenz häufig Teil der Multimorbidität. So haben bei uns in einer Akutgeriatrie (Durchschnittsalter 2010 gut 83 Jahre) etwa ein Drittel der Patienten ein demenzielles Leiden, das meist nicht der primäre Grund zur Hospitalisation ist. Hier stellen sich oft Fragen wie Verläufe des Sterbens bei demenzieller Erkrankung, Schmerzerkennung und -behandlung (cave „Opiophobie“), Sinnhaftigkeit einer Therapie bei Infektionen, Aspekte der (Mangel-)Ernährung inklusive Indikation zur PEG, respektive deren Benutzung.

Insgesamt ist die palliativ-medizinische Betreuung (Hoch-)Betagter eine häufige Herausforderung für die geriatrisch Tätigen. Die Entwicklung spezialisierter Abteilungen innerhalb bestehender Geriatrien kann mithelfen, diesen quantitativ auch hochrelevanten Bereich der Palliativmedizin noch mehr ins allgemeine Bewusstsein zu rücken.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2011

Anti-Aging durch Hormontherapie in der Postmenopause?

Professor Dr. med. Eberhard Windler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Endokrinologie und Stoffwechsel des Alterns, Hamburg

Hormonersatztherapie (HRT) in der Postmenopause ist unbestritten das wirksamste Mittel gegen vasomotorische, klimakterische Beschwerden. Allerdings hat sich die Hoffnung auf wenn nicht ewige Jugend, dann doch auf eine deutliche Hinauszögerung des Alterns nur sehr bedingt bestätigt.

Insbesondere zur kardiovaskulären Prävention ist Hormontherapie (HT) oft propagiert worden, doch gibt es auch heute noch keine geeigneten Studien, die einen präventiven Effekt einer postmenopausalen Hormontherapie ausreichend belegen könnten. Zwar ließ sich in einer Subgruppenanalysen der Women's Health Initiative (WHI) im entscheidenden Alter zwischen 50 bis 59 Jahren ein ausgeprägter Trend zu kardiovaskulären Risikominderung um mehr als 40 Prozent erkennen, doch der überzeugende Beweis steht aus.

Das gilt auch für eine Reihe weiterer erhoffter Vorteile der Hormone. Weder ist ein Wirksamkeitsnachweis für einen Effekt auf die Denk- und Wahrnehmungsfähigkeit durch Hormontherapie gelungen, noch gezeigt, dass sie bei frühzeitiger Anwendung eine Demenz verhindern kann, wobei nach der WHI sogar eine Verschlechterung möglich erscheint. Auch das vielfach propagierte Aufhalten der Alterung der Haut konnte bisher nicht belegt werden. Selbst der anzunehmende Effekt auf Androgenisierungserscheinungen der Haut durch spezifisch antiandrogen wirkende Gestagene als Teil einer Hormontherapie ist nicht ausreichend untersucht. Entgegen allen Erwartungen verschlechtert sich eine Harninkontinenz unter Hormontherapie.

Es bleibt eine Verbesserung einer Vaginalatrophie, die aber lokal therapiert werden kann. Unbestritten ist eine drastische Verminderung des postmenopausalen Verlusts der Knochendichte durch systemische Hormontherapie. Doch die Mehrzahl der Wirbelsäulen- und Oberschenkelhalsfrakturen ereignen sich im achten und neunten Dezennium. Eine langfristige Einnahme wäre deshalb wünschenswert, wird aber durch die altersentsprechend zunehmenden Risiken einer Hormontherapie beschränkt, die eine breite Anwendung nicht unproblematisch machen

Dazu gehört das unzweideutig erhöhte Risiko für Thrombosen und ischämische Schlaganfälle. Mit einem zusätzlichen Insult pro 1000 Frauenjahre ist es zwar ein seltenes, aber oft folgenschweres Ereignis. Das Thromboserisiko steigt im ersten Jahr einer Hormonbehandlung auf das Drei- bis Vierfache, um dann in Abhängigkeit von Alter, Adipositas und Mutationen wie Faktor V Leiden bei etwa zwei pro 1000 Frauenjahren oder höher zu bleiben. Gallenblasenerkrankungen sind eine weitere wenig beachtete Nebenwirkung, die mit nennenswertem Operationsrisiko belastet ist.

Im Mittelpunkt der Bedenken steht verständlicher Weise das Krebsrisiko. Auch wenn Östrogene in der Monotherapie das Risiko für Mamma- und Ovarialkarzinome nicht oder nur geringfügig anheben, ist doch die Mehrheit der Frauen auf eine Kombination mit einem Gestagen angewiesen. Zwar wird das östrogeninduzierte Risiko für ein Endometriumkarzinom aufgehoben, erhöht aber erwiesenermaßen das Brustkrebsrisiko. Rein rechnerisch bleibt zwar das Gesamtkrebsrisiko aufgrund der Reduktion des Risikos für Dickdarmkrebs unverändert, was sich aber auch durch eine präventive Koloskopie reduzieren lässt, wohingegen die Brustkrebsfrüherkennung unter Hormontherapie erschwert ist.

Die Hoffnung auf Anti-Aging durch Hormonersatz muss in der Beratung auf das beschränkt bleiben, was erwiesen ist. Die Beeinträchtigungen der Lebensqualität durch vasomotorische Symptome sollten allerdings auch nicht unterschätzt werden. Denn die Folgen gehen über die direkte Symptomatik hinaus: Schlafstörungen mit Einschränkungen des seelischen Befindens und der körperlichen Belastbarkeit können effektiv mit Hormonen behandelt werden. Die Hoffnung der Patientin auf zusätzliche Anti-Aging-Effekte mögen dennoch ihre Entscheidung beeinflussen. Viele Frauen fühlen sich unter Hormonersatztherapie bis ins hohe Alter wohler. Solch subjektive Einschätzungen werden sich vermutlich in Studien nie vollkommen erfassen, sich daher auch nicht sicher ausschließen lassen. Manche Aspekte des Anti-Aging entziehen sich der evidenzbasierten Medizin, so dass die Anwendung einer Hormontherapie nicht nur den Einsichten und Empfehlungen von Arzt und Leitlinien entsprechen wird.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Wiesbaden, Mai 2011

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hendrik Lehnert
Vorsitzender der DGIM 2010/2011, Kongresspräsident des
117. Internistenkongresses, Direktor der Medizinischen Klinik I,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

* 1954



Beruflicher Werdegang:

Ausbildung und Examina:

- 1972–1977 Studium der Psychologie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster;
Abschluss: Hauptdiplom in klinischer Psychologie
- 1973–1980 Studium der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Dissertation an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Münster
- 1981 Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)
- 1982 Federation Licensing Examination (FLEX) for Massachusetts/USA

Berufliche Tätigkeit:

- 1977–1978 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Psychologischen Institut der Universität
Münster (Schwerpunkt Psychophysiologie)
- 1981 Medizinische Universitäts-Poliklinik Münster
- 1982–1983 DFG-Stipendiat im Laboratory of Neuroendocrine Regulation, Massachusetts
Institute of Technology, Cambridge, USA und im Cardiovascular Laboratory,
Harvard School of Public Health, Boston, USA
- 1984–1986 Medizinische Universitäts-Poliklinik Münster
- 1986–1994 Medizinische Universitäts-Klinik Mainz, Abteilung für Endokrinologie und
Stoffwechsel
- 1988 Facharztanerkennung für Innere Medizin
- 1989 Oberarzt der III. Medizinischen Universitäts-Klinik Mainz
- 1990 Teilgebietsbezeichnung Endokrinologie
- 1991 Leitender Oberarzt der III. Medizinischen Universitäts-Klinik Mainz
- 1991 Habilitation und Erhalt der Venia Legendi für das Fach Innere Medizin an der
Universität Mainz
- 1994–2005 Direktor der Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen,
Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- 1998–2001 Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Innere Medizin

2005–2007	Chair of Medicine, Warwick University Medical School, University Hospital of Coventry, UK
Ab 2007	Direktor der 1. Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Auszeichnungen und wissenschaftliche Positionen:

- 1982–1983: Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Forschungsstipendium am MIT)
- 1982: Stipendiat der American Heart Association 1982
- 2001–2005: Wahl zum Fachgutachter für Innere Medizin der DFG
- 2001–2005: Wahl zum Fachvertreter für Innere Medizin/Endokrinologie des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)
- 2001–2005: Vorsitzender von InnoMed Magdeburg, ausgezeichnet und gefördert im InnoRegio-Wettbewerb des BMBF
- 2002: Verleihung des Medvantis-Preises (gemeinsam mit der HYDRA-Studiengruppe)
- 2003–2008: Wahl zum Fachgutachter/-kollegiaten der DFG
- 2006: Ernennung zum Fellow of the Royal College of Physicians (FRCP)
- 2007: Honorary Professorship of Medicine, University of Warwick, UK
- 2008: Verleihung des Bürger-Büsing-Preises für Verdienste in der Diabetes-Forschung
- Ernennung zum Fellow of the American College of Physicians (FACP, hon)
- Seit 2009: Sprecher des Center of Brain, Behavior and Metabolism (CBBM), Universität zu Lübeck
- Mitglied des Sprechergremium des SFB 654 (Schlaf und Plastizität)
- Seit 2010: Vorsitzender der Medizinischen Gesellschaft zu Lübeck

Positionen in Fachgesellschaften:

- 2000–2004: Gründungsvorsitzender der Diabetes-Gesellschaft Sachsen-Anhalt
- 1999–2002: Organisator und Vorsitzender der Endokrinologischen Vorsymposien der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden
- 2001: Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- 2002–2005: Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
- 2003–2008: Gewähltes Mitglied des Ausschusses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
- 2003–2008: Vorsitzender der Strukturkommission (Krankenversorgung, Wissenschaft, Lehre) der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
- Seit 2005: Mitglied der Kommission Diabetes der Deutschen Hochdruckliga
- Seit 2005: Vorstandsmitglied des Deutschen NET-Boards

- 2006–2007: Mitglied des wissenschaftlichen Beratungsgremiums der BMBF Roadmap-Programme
- 2006–2008: Vorsitzender der Preiskommission der Ludwig-Heilmeyer-Gesellschaft
- Seit 2007: Vorstandsmitglied der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin
- 2008–2012: Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
- Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für die Amtsperiode 2010–2011

Positionen in universitären Gremien:

- 1996–2004: Forschungskommission der Medizinischen Fakultät Magdeburg
- 2005–2007: Forschungskommission der Warwick Medical School
- 2005–2007: Ethikkommission der University of Warwick
- Seit 2008: Senat der Universität zu Lübeck
- 2008–2010: Konvent der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck
- Seit 2008: Strukturkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck
- Seit 2010: Senatsausschuss Medizin der Universität zu Lübeck
- Seit 2010: Forschungskommission der Universität zu Lübeck

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. habil. Joachim Mössner
Vorsitzender der DGIM 2011/2012, Kongresspräsident des
118. Internistenkongresses, Direktor der Klinik für Gastroenterologie
und Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig AöR,
Abteilung für Innere Medizin und Dermatologie, Leipzig

* 1950



Beruflicher Werdegang:

Hochschulbildung:

1970–1976 Medizinstudium an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg

1976 Staatsexamen

1978 Promotion bei Professor Dr. Ludwig Heilmeyer jun./Biochemie

Weitere Ausbildung:

1977 Medizinalassistent Chirurgie Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim

1978 Medizinalassistent Medizinische Poliklinik/Universität Würzburg

1978 Approbation

1978–1982 Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen
Universitätspoliklinik/Würzburg

1985–1986 Klinische Lehrer: Professoren Hans Franke und Klaus Wilms

1983–1985 Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft:
Pankreasrezeptorforschung bei Professor Dr. John A. Williams und Professor
Dr. Ira D. Goldfine am Department of Physiology, University of California,
San Francisco, USA

1986 Erhalt der Gebietsbezeichnung Internist

1987 Habilitation und Erhalt der Venia Legendi – Privatdozent
These: Endokrine-exokrine Funktionsachse – eine Hypothese?

1988 Erhalt der Teilgebietsbezeichnung Gastroenterologe

1986–1993 Oberarzt und Leiter des Funktionsbereichs Gastroenterologie an der
Medizinischen Universitätspoliklinik Würzburg

1989 Berufung zum Universitätsprofessor (C3)

1993 Ruf auf die C4-Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie
verbunden mit dem Direktorat der Medizinischen Klinik und Poliklinik II an der
Universität Leipzig

Seit 11/1993 Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und
Rheumatologie, Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie
des Universitätsklinikums Leipzig, AöR

1996–1997 Prodekan

12/1997–10/2002	Dekan
1999	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
2002	Präsident der Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie
2007–2011	Präsident der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin
Bis 3/2011	Medizinisch wissenschaftlicher Vorstand des Departments
2011–2012	Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Bisherige experimentelle Forschungsschwerpunkte:

Gefördert durch Sachbeihilfen der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Stipendien der Alexander-von-Humboldt-Stiftung, des BMBF und der Industrie:

- Vergleichende Untersuchungen der molekularen Formen von Cholecystokinin im Dünndarm und zirkulierenden Blut mittels Bioassay und RIA
- Zellzyklus-Regulation
- Die Rolle von Steroiden in der Regulation des exokrinen Pankreas
- Die Rolle lipophiler Substanzen hinsichtlich Integrität und Regulation zellulärer Funktionen des exokrinen Pankreas
- Pathogenese der akuten Pankreatitis
- Hereditäre chronische Pankreatitis
- GWAS: Risikofaktoren für Pankreatitis

Klinische Forschungsschwerpunkte:

- Chronische Pankreatitis
- Pankreaskarzinom
- Gallenwegskarzinom
- interventionelle Endoskopie

Auszeichnungen:

1985	Konstanzer Medizinischer Förderpreis
1988	Preis für klinische Gastroenterologie – Martin Gülzow
1999	Mitglied der Nationalen Deutschen Akademie der Wissenschaften, Leopoldina
2002	Ehrenmitglied der Polnischen Gesellschaft für Gastroenterologie
2005	Ehrenmitglied der Tschechischen Gesellschaft für Gastroenterologie
2006	Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig

Im wissenschaftlichen Beirat/Editorial Board der Zeitschriften:

Viszeralmedizin, European Journal of Clinical Investigation, Pancreatology: Journal of Gastroenterology (official journal of the Japanese Society of Gastroenterology, bis 2002), Medizinische Klinik, Z. Gastroenterologie, Der Internist, Deutsches Ärzteblatt

Im Beirat:

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten; Mitteldeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie (Schatzmeister), Gastro-Liga (Vorstandsmitglied); Arbeitskreis der Pankreatektomierten; United European Gastroenterology Federation (1998 – 2003); gewähltes Mitglied des Fachgutachterorgans der DFG (2004 – 2008 – 2011)

Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin; Sächsische Gesellschaft für Innere Medizin; Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten; Mitteldeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie; Deutscher Pankreasclub; Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren; Deutsche Krebsgesellschaft; Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin (Ludwig-Heilmeyer-Gesellschaft). European Pancreatic Club; International Association of Pancreatology; European Association for Gastroenterology and Endoscopy; ehemaliges gewähltes Mitglied als Vertreter des Europäischen Pankreasclubs in der „General Assembly der United European Gastroenterology Foundation“; American Gastroenterological Association, Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig, Deutsche Nationale Akademie der Wissenschaften, Leopoldina

Publikationen:

- Originalarbeiten: 186
- Übersichtsarbeiten: 172
- Fallberichte und Letters to the Editor: 72
- Verhandlungen in Symposiumsbänden: 67
- Buchbeiträge: 54
- Herausgeber von Lehrbüchern 6
Erkrankungen des exkretorischen Pankreas
Gastroenterologie
- Hochschulpolitische Veröffentlichungen 10
- Publierte Vorträge/Poster 532

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Klaus Diedrich
Direktor und ärztliche Zentrumsleitung der Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe (Gynäkologie), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck



Beruflicher Werdegang:

- 1966 Beginn des Medizinstudiums an der Universität Hamburg
- 1967 Naturwissenschaftliche Vorprüfung
- 1968 Ärztliche Vorprüfung
- 1971 Ärztliche Prüfung
- 1972 Einjährige Medizinalassistentenzeit in den Fächern Chirurgie und Innere Medizin
- 1973–1974 Wehrpflichtiger Truppenarzt
- 1974–1978 Facharztausbildung an der Universität Hamburg
- 1979 Übernahme einer Oberarztstätigkeit an der Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe der Medizinischen Hochschule zu Lübeck
- 1981 Habilitation für das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 1984 Übernahme der Funktion eines leitenden Oberarztes an der
Universitätsfrauenklinik in Bonn und Ernennung zum Professor
- 1984 Gründungsmitglied der European Society of Human Reproduction and
Embryology (ESHRE)
- 1985–1991 Sekretär der European Society of Human Reproduction and Embryology
(ESHRE)
- 1991–1993 Vicepresident (chairman-elect) der European Society of Human Reproduction
and Embryology (ESHRE)
- 1993 Übernahme des Lehrstuhles an der Medizinischen Universität zu Lübeck für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 1993–1995 Präsident der European Society of Human Reproduction and Embryology
(ESHRE)
- 1996 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer
- 1999 Vorsitzender der Klinik- und Institutsdirektoren der Medizinischen Universität
zu Lübeck
- 1994–2000 Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
(DGGG)

2000	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
2001	Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina
2002	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
2004	2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
2006	Prodekan der Universität zu Lübeck
2006	Mitglied des Royal College of Obstetrics and Gynecology
2006	Gründung der Deutsch-Griechischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Präsident: Professor Dr. Agorastos, Vizepräsident: Professor Dr. Diedrich
2008	Wiederwahl zum Prodekan der Universität zu Lübeck
2009	Ehrendoktor der Aristoteles Universität Thessaloniki
2010	Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

- Mitglied von 18 nationalen und internationalen Editorial Boards
- Publikationen: 480 in nationalen und internationalen Zeitschriften

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Michael Roden
Geschäftsführender Direktor des Deutschen Diabetes-Zentrum DDZ
an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Leibniz-Zentrum
für Diabetes-Forschung, Düsseldorf

* 1961



Beruflicher Werdegang:

Ausbildung und Abschlüsse:

- | | |
|-----------|--|
| 1986 | Promotion, Dr. med. univ., Universität Wien |
| 1993 | Facharzt, Innere Medizin, Österreich |
| 1994 | Habilitation, Innere Medizin, Universität Wien |
| 1997 | Additiv-Facharzt, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Österreich |
| 2003 | Additiv-Facharzt, Klinische Pharmakologie, Österreich |
| 2008 | Approbation als Facharzt, Düsseldorf |
| 2008 | Prüfarzt, Universität Köln |
| 2010 | Approbation als Facharzt, Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, Deutschland |
| 1994–1995 | Max-Kade Fellow, Department of Medicine, Yale Universität, New Haven, CT |
| 1997 | Außerordentlicher Universitätsprofessor, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien |
| 2003–2008 | Vorstand (Primarius), 1. Medizinische Abteilung, Hanusch-Krankenhaus (Koordinator, Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien), Wien |
| 2005 | Direktor, Karl-Landsteiner-Institut für Endokrinologie und Stoffwechsel |
| 2008 | W3-Professor für Innere Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf |
| Seit 2008 | Wissenschaftlicher Geschäftsführer, DDZ,
Direktor, Institut für Klinische Diabetologie, DDZ,
Direktor, Universitätsklinik für Stoffwechselkrankheiten, UKD |
| Seit 2010 | Sprecher (mit Professor De Angelis und Professor Häring) des BMBF-geförderten Nationalen Zentrums für Diabetes-Forschung (DZD), Deutschland |

Ehrungen und Preise:

1992	Friedrich-Wewalka-Gedächtnispreis, Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
1993	Theodor-Körner-Förderungspreis
1994	Förderungspreis für Medizin der Stadt Wien
1995	Preis der Stiftung Hoechst AG-Medizinische Fakultät Wien
1996	Joseph-Skoda-Projektförderungspreis, Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin
1999	Kardinal-Innitzer-Förderungspreis
2001	Novartis (Sandoz) Preis für Chemie, Biologie u. Medizin, Österreich
2001	Ferdinand-Bertram-Preis, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
2004	International Novartis Award for Innovative Patient Oriented Research, Europe-USA
2006	Honorar-Professor für Klinische Endokrinologie, Universität Krems, Österreich
2006	ESCI (Firma Mack-Foster) Award for Excellence in Clinical Science
2006	Oskar-Minkowski Prize, European Association for the Study of Diabetes (EASD)
2010	Ernennung, Universitätsprofessor, BMWF, Österreich

Funktionen und Mitgliedschaften:

2001–2002	Vice-President, European Society for Clinical Investigation (ESCI)
2002–2005	Member of the Council, EASD
2004–2005	Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG)
Seit 2009	Präsident der Zentraleuropäischen Diabetes-Gesellschaft (FID-CEDA)
2002–2009	Associate Editor: European Journal of Clinical Investigation
2004–2009	Associate Editor: Diabetic Medicine (UK)
Seit 2004	Editorial Board: American Journal of Physiology (USA)
Seit 2009	Editorial Board: Endocrinology (USA)
Seit 2010	Editorial Board: Journal of Molecular Medicine
Seit 2011	Associate Editor: Diabetologia

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Cornel Sieber
Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns, Universität
Erlangen-Nürnberg; Chefarzt der Medizinischen Klinik II
am Klinikum Nürnberg

* 1959



Beruflicher Werdegang:

1978–1984	Medizinstudium Universität Basel
1984	Approbation als Arzt
1985	Dissertation (M.D.) zum Thema „Nierentransplantationen an über 55-jährigen Patienten“ bei Professor G. Thiel
1990	Prüfung durch die Unterrichtskommission für „Foreign Medical Graduates Examinations of the United States“ (FMGEMS Examination)
1994	Facharzttitle Innere Medizin (FMH)
1994	Schwerpunkttitle Gastroenterologie und Hepatologie (FMH)
1998–2000	Zertifikat für interdisziplinäre Schulung in Gerontologie International Center for Gerontology (CIG), Genf
1999–2000	Zertifikat Europäische Akademie für Altersmedizin (EAMA), Sion
2000	Fertigkeitsausweis für abdominalen Ultraschall (FMH)
2001	Schwerpunkttitle in geriatrischer Medizin (FMH)

Fakultäten:

1995–2001	Privatdozent, Medizinische Fakultät, Universität Basel
1999–2005	Privatdozent, Medizinische Fakultät, Universität Genf (Lehrauftrag)
Seit Dezember 2001	Lehrstuhl (C4-Professur) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg für Innere Medizin – Geriatrie, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns, Chefarzt der Medizinischen Klinik II am Klinikum Nürnberg

Klinikaktivitäten:

1/1985–4/1986	Postdoctoral research fellow at the Experimental Therapeutics Department, Sandoz Ltd. Basel
5/1986–4/1987	Arzt an der Geriatrischen Klinik am Universitätsklinikum Basel
5/1987–3/1988	Postdoctoral research fellow am Universitätskrankenhaus für Gastroenterologie, Basel
4/1988–1/1989	Arzt am Universitätskrankenhaus Basel, Innere Medizin

- 2/1989–7/1989 Arzt am Hammersmith Hospital, London, Bereich Innere Medizin,
Abteilung Geriatrie und in der Kardiologie
- 8/1989–6/1990 Arzt am Universitätskrankenhaus Basel, Innere Medizin,
- 7/1992–7/1994 Arzt am Universitätskrankenhaus Basel, Gastroenterologie
- 7/1994–12/1998 Oberarzt, Universitätskrankenhaus Basel in Verbindung mit einem
Stipendium des Schweizerischen Nationalfonds (Score-A grant)
- 1/1999–4/2000 Oberarzt
– 80 Prozent Leitender Arzt an der Geriatriischen Klinik am
Universitätsklinikum Genf
– 20 Prozent Oberarzt, Bereich Gastroenterologie an der
Universitätsklinik Basel
- 12/2001 Lehrstuhlinhaber (C4-Professur) Innere Medizin–Geriatrie,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Wissenschaftliche Tätigkeit:

- 1/1985–4/1986 Team Professor E. del Pozo: Forschungsgebiete: Somatostatin,
besonders mit dem Analogon Octreotid
- 5/1986–4/1987 Team Professor H.B. Staehelin: Forschungsgebiete: Klinische Studien
an Geriatrie-Patienten
- 5/1987–6/1990 Team Professor C. Beglinger und Professor G.A. Stalder:
Forschungsgebiete: Neurohumorale Regulation des splanchnischen
Blutflusses, Physiologie des endokrinen Pankreas
- 7/1990–6/1992 Team Professor R.J. Groszmann: Yale Universität, Hepatic Hemodynamic
Laboratory, New Haven, Connecticut, USA
Forschungsgebiete: Humorale und endotheliale Regulation der
Gefäßreaktibilität und -morphologie im intestinalen Gefäßbett bei portaler
Hypertonie
- 4/1993–4/1995 Fortführung der an der Yale-Universität begonnenen Arbeiten
Endotheliale und neurohumorale Faktoren als Mediatoren der vaskulären
Reaktibilität in portal-hypertensiven Ratten; Dopplerstudien am Menschen
(Schweizerischer Nationalfonds)
- 3/1995–3/1998 Weiterführung der Dopplerstudie am Menschen; Endotheliale und
neurohumorale Faktoren als Mediatoren der vaskulären Reaktibilität und
Morphologie in portal-hypertensiven Ratten
(Schweizerischer Nationalfonds)
- 4/1998–1/1999 Modulation der Angiogenese bei portal-hypertensiven Tieren
(Schweizerischer Nationalfonds)
- 12/2001 Malnutrition im Alter (Sarkopenie – Frailty)
Laborforschung: Angiogenese im Zusammenhang mit Alterungsvorgängen
Klinische Forschung: Pathophysiologie der postprandialen Hypotonie,
Pharmakokinetik und -dynamik im Alter

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Eberhard Windler
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Endokrinologie und
Stoffwechsel des Alterns, Hamburg



Beruflicher Werdegang:

- 1971–1977 Studium der Humanmedizin an der Universität Heidelberg
Dissertation am Deutschen Krebsforschungszentrum
- 1977–1980 Grundlagenforschung über Lipoproteinmetabolismus und arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen am Cardiovascular Research Institute der University of California, San Francisco als Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes
- 1980 Assistent der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg
- 1981 Assistent des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Forschung auf dem Gebiet des Lipidstoffwechsels und Arteriosklerose gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft
Spezialisierung als Internist, Gastroenterologe (1997) und Endokrinologe (1994)
- 1985 Habilitation und Venia Legendi
- 1987 Oberarzt
- 1990 Professur für Innere Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Seit 2001 Klinische Studien zu Risikofaktoren, Lebensstil und koronarer Herzkrankheit, Übergewicht und Metabolischem Syndrom, Insulinresistenz und Diabetesprävention, Complianceerhöhung, Motivationsstrategien, Gesundheitsförderung und Gesundheitsökonomie

Preise:

- 1984 Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
- 1985 Preis der Dr.-Martini-Stiftung
- 1991 Preis der Werner-Otto-Stiftung
- 2003 Preis für „Prävention in der Inneren Medizin“ der DGIM



Bestellformular Fotos

Kongress-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Termin: Dienstag, 3. Mai 2011, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Rhein-Main Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

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

- o Professor Dr. med. Hendrik Lehnert
- o Professor Dr. med. habil. Joachim Mössner
- o Professor Dr. med. Klaus Diedrich
- o Professor Dr. med. Michael Roden
- o Professor Dr. med. Cornel Sieber
- o Professor Dr. med. Eberhard Windler

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2011.de

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:
Luisenstraße 59
10117 Berlin*

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.