



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressekonferenz anlässlich des Frühjahrssymposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

„Altern ist nichts Schlechtes – was fordert die Demografie von der Medizin?“

Termin: Montag, 28. April 2014, 13.30 bis 14.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Programm:

Mit der „richtigen“ Ernährung länger leben und fit bleiben: Wunsch oder Wirklichkeit?

Professor Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Ärztliche Direktorin am Evangelische Geriatriezentrum Berlin der Charité, Berlin

Altern und Hormone – Ist die Hormonsubstitution eine Anti-Aging-Therapie?

Professor Dr. med. Bernd Kleine-Gunk

SCHÖN Klinik Nürnberg-Fürth, Euromed-Praxis, Präsident der German Society of Anti-Aging Medicine (GSAAM)

Viel hilft viel?! Das Dilemma der Polypragmasie in der Pharmakotherapie des älteren und multimorbiden Patienten

Professor Dr. med. Klaus Mörike

Stellv. Abteilungsleiter am Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Abteilung Klinische Pharmakologie, Tübingen

Sarkopenie: Ist Muskelschwund wirklich verhinderbar?

Professor Dr. med. Cornel Sieber

Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Regensburg und Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns an der Friedrich-Alexander Universität, Nürnberg

sowie:

Professor Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch

Generalsekretär der DGIM und Beauftragter für die Kooperativen Mitglieder, Kiel
und

Dr. med. Bernd Dreher

Director Medical Affairs MSD, Korporatives Mitglied, München

Moderation: *Anna Julia Voormann*, Pressestelle DGIM, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167 Fax: 0611 144-741

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2014.de

Pressestelle DGIM auf dem Internistenkongress:

Pressebüro Saal 12 A

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Tel.: 0611 144-742



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressekonferenz anlässlich des Frühjahrsymposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

„Altern ist nichts Schlechtes – Was fordert die Demografie von der Medizin?“

Termin: Montag, 28. April 2014, 13.30 bis 14.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte der Referenten

Selbstdarstellung Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Lebensläufe und Fotos 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: wetzstein@medizinkommunikation.org.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2014.de

Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:

Luisenstraße 59

10117 Berlin

Mit der richtigen Ernährung länger leben und fit bleiben: Wunsch oder Wirklichkeit

Professor Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Ärztliche Leiterin am EGZB der Charité, Berlin

Noch nie gab es so viele ältere und hochbetagte Menschen wie heute. Der Alterungsprozess wird von zwei Faktoren bestimmt, den sogenannten extrinsischen und intrinsischen Faktoren. Diese extrinsischen Faktoren selbst beeinflussen unseren Entwicklungsprozess, Alterungsprozess und die Entstehung von Krankheiten. Zu diesen „äußeren Faktoren“ gehören z. B. toxische Substanzen, das Rauchen, der Bewegungsmangel und die Ernährung.

Durch viele Beobachtungen und Experimente weiß man, dass fast keine Krankheit existiert, die nicht irgendeinem ernährungsabhängigen Einfluss unterliegt. Bahnbrechende Ergebnisse zeigten die Experimente an z. B. Mäusen und Schimpansen, die einem sogenannten „food restriction protocol“ unterlagen. Die durchschnittliche Lebenszeit und z. B. die Blutdruckwerte und der Blutzuckerspiegel fielen bei den Tieren unter kalorischer Restriktion signifikant besser aus. Ich möchte mich auf die extrinsischen Faktoren, im Besonderen unsere Ernährung, die unser Leben, die Krankheitsentstehung und unsere Lebenserwartung beeinflussen, beziehen. Trotz enormer therapeutischer Fortschritte, stehen bei den über 65-jährigen Männern und Frauen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von den Krankheiten des Bewegungsapparates und den der Neubildungen an vorderster Stelle der Haupttodesursachen.

Alle drei Krankheitsgruppen sind charakterisiert durch extrinsische Einflüsse, insbesondere spezifische ernährungsabhängige Einflüsse. Die Ursachen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen zum großen Teil auf Adipositas, Typ II Diabetes mellitus, Insulinresistenz, Bewegungsmangel, hohen Blutdruck und Fettstoffwechselstörungen zurück. Die Erkrankungen des Bewegungsapparates sind ebenfalls, was ihre Entstehung angeht, stark durch extrinsische Faktoren wie körperliche Bewegung und Ernährung beeinflusst. Die zunehmende Fettleibigkeit in Deutschland stellt somit ein großes medizinisches Problem dar, mit weitreichenden gesundheitspolitischen Implikationen.

Das Ernährungsverhalten in Deutschland hat sich außerdem qualitativ in den letzten 100 Jahren stark gewandelt. Beim Verzehrvergleich 1900 gegen 2005 fallen signifikante Unterschiede im Fleisch-, Gemüse-, Obst- und Fettverzehr auf. So verzehrt die Bevölkerung in Deutschland laut der Nationalen Verzehrsstudie II mehr Fett, weniger Ballaststoffe, mehr Salz und mehr tierisches Eiweiß als empfohlen. Des Weiteren unterliegen dem Ernährungsverhalten auch ganz bestimmte gesellschaftliche Veränderungen. Hierzu zählen die häufiger vorkommenden Single- und Seniorenhaushalte, die gestiegene Zahl der berufstätigen Frauen und der signifikant häufigere Fast Food-Konsum.

*Pressekonferenz anlässlich des Frühjahrsymposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen
Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
Montag, 28. April 2014 – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden*

Es wird in dem Vortrag auf verschiedene auffällige Verzehrverhaltensmuster als Ursache von Krankheitsentstehung und auch Mortalität eingegangen. Gleichwohl müssen wir uns die Frage stellen: Was können wir tun?

Dabei werden praktische Möglichkeiten der Prävention aufgezeigt. So könnte aus einem Wunsch auch Wirklichkeit werden.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Wiesbaden, April 2014

Altern und Hormone – ist die Hormonsubstitution eine Anti-Aging-Therapie?

Professor Dr. med. Bernd Kleine-Gunk, SCHÖN Klinik Nürnberg-Fürth, Euromed-Praxis, Präsident der German Society of Anti-Aging Medicine (GSAAM)

So wechselhaft wie die Wechseljahre, so wechselhaft ist auch die Geschichte der Behandlung klimakterischer Beschwerden. Insbesondere die Hormonersatztherapie hat dabei sehr unterschiedliche Bewertungen erfahren. In den 1980er- und 1990er-Jahren war sie nicht nur die Standardtherapie zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden, sie stand auch in dem Ruf, eine Art hormoneller Jungbrunnen zu sein. Gleich ob Arterienverkalkung, Osteoporose oder Alzheimer- Demenz – Östrogene und Co. galten als Universalwaffe gegen Alterserkrankungen.

Anfang 2000 kam dann der große Rückschlag. Eine große amerikanische Studie (die Women's Health Initiative, WHI) zeigte, dass die Hormonersatztherapie durchaus mit Risiken verbunden war. So war die Rate an Thrombosen und Brustkrebs bei den Hormonanwenderinnen deutlich höher als bei Frauen, die nur ein Scheinmedikament (Plazebo) bekommen hatten. Und auch der erhoffte Schutz gegen Gefäßverkalkungen zeigte sich nicht. Im Gegenteil: Frauen, die Hormonpräparate nahmen, erlitten sogar mehr Herzinfarkte als die Vergleichsgruppe.

Sowohl für die betroffenen Frauen selbst als für auch ihre Ärzte und Ärztinnen waren diese Ergebnisse ein Schock. Über Nacht war aus einem Therapieansatz, der Millionen Frauen beschwerdefreie Wechseljahre und ein gesundes Altern versprach, eine Gefährdung für die Gesundheit geworden. Vom Jungbrunnen zum Teufelszeug – der Wandel hätte grundlegender nicht sein können.

Inzwischen sind seit der viel diskutierten WHI-Studie gut 12 Jahre vergangen, und – das ist das Schöne an wissenschaftlicher Medizin – die Ärzte haben dazugelernt. Wir wissen inzwischen recht genau, was zu den bedauerlichen Resultaten der amerikanischen Studie geführt hat. Und wir wissen auch, wie wir es im 21. Jahrhundert besser machen. So ist mittlerweile eine „Renaissance der Hormonersatztherapie“ unübersehbar. Aber es ist eine Renaissance unter veränderten Vorzeichen. Fünf Punkte sind es im Wesentlichen, welche die neue „körperidentische Hormonersatztherapie“ von dem alten Behandlungsansatz unterscheiden.

Erstens: Dosisreduktion.

In den letzten Jahrzehnten wurden Hormonersatzpräparate häufig überdosiert. Für Hormone gilt jedoch nicht die Devise: „Viel hilft viel.“ Vielmehr lautet das Motto: „So viel wie nötig, so wenig wie möglich.“ Und auch mit niedrigen Dosen lässt sich viel erreichen.

Zweitens: Individualisierung.

Frauen sind unterschiedlich und müssen somit auch unterschiedlich behandelt werden. In den Wechseljahren für alle Patientinnen das gleiche Präparat in der gleichen Zusammensetzung und Dosierung zu verordnen, wie dies in der WHI-Studie geschehen ist, wird der Individualität und Komplexität des weiblichen Organismus nicht gerecht. Die moderne Hormonersatztherapie ist keine Standardbehandlung sondern sie ist entsprechend den persönlichen Bedürfnissen der Frau „massgeschneidert“.

Drittens: Transdermale Östrogengabe (Zufuhr über die Haut).

Die Östrogene sollten möglichst nicht in Form von Tabletten gegeben, sondern über die Haut (als Pflaster oder Gel) zugeführt werden. Damit wird der Stoffwechselweg über die Leber umgangen und das Thromboserisiko deutlich gesenkt. Darüber hinaus führt die Zufuhr über die Haut auch zu einer weiteren Dosisreduktion.

Viertens: Verwendung körperidentischer Hormone.

Bei den Gestagenen, die immer dann zusätzlich gegeben werden müssen, wenn die Gebärmutter noch vorhanden ist, sind es nach neuesten Erkenntnissen vor allem die synthetischen Gestagene, die zu einem erhöhten Brustkrebsrisiko führen. Wann immer möglich sollte daher das körpereigene Gelbkörperhormon, das Progesteron, verwendet werden. Dieses belastet die Brust deutlich weniger.

Fünftens: Berücksichtigung sogenannter „Zeitlicher Fenster“.

Die Wirkung der Östrogene auf die Blutgefäße hängt offensichtlich vom Lebensalter der Frau ab. Bei Frauen vor dem 60. Lebensjahr mit noch gesunden Blutgefäßen wirken die Östrogene überwiegend schützend. Bei älteren Frauen, bei denen die Blutgefäße bereits deutliche Verkalkungen aufweisen, führt eine Östrogengabe aber dazu, dass die Verkalkungen instabil werden, sich aus der Gefäßwand lösen und dann ggf. zu einem Herzinfarkt führen. Ein in Hormonfragen versierter Gynäkologe weiß um diese Zusammenhänge und wird bei der Verordnung von Hormonpräparaten diese „Zeitlichen Fenster“ berücksichtigen.

Werden diese fünf Kriterien eingehalten, ist die Hormonersatztherapie nicht nur eine sichere und effektive Maßnahme, um klimakterische Beschwerden zu behandeln. Sie ist auch eine aktive Prävention für ein gesundes Altern.

„Viel hilft viel?!“ Das Dilemma der Polypragmasie in der Pharmakotherapie des älteren und multimorbiden Patienten

Professor Dr. med. Klaus Mörike, stellv. Abteilungsleiter am Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Abteilung Klinische Pharmakologie, Tübingen

Polypharmakotherapie ist bei älteren Patienten häufig anzutreffen. Sie ist zunächst eine automatische Folge leitliniengerechter Behandlung der (meist zahlreichen) Erkrankungen älterer und alter Patienten. Hinzu kommt die sogenannte Verschreibungskaskade, d.h. die Erfordernis, die Folgen (z.B. unerwünschte Wirkungen) einer Arzneimitteltherapie durch ein weiteres Arzneimittel abzumildern.

Herausforderungen, die aus der Polypharmakotherapie resultieren, liegen z.B.

- für den Patienten / die Patientin bzw. Angehörige oder Pflegepersonal in der richtigen Bereitstellung und Durchführung der komplexen Arzneimitteltherapie,
- für den Hausarzt / die Hausärztin in der regelmäßigen Überprüfung, ob für eine bestimmte Arzneimitteltherapie bei dem älteren bzw. alten Patienten die Indikation weiterhin besteht und ob der Patient durch Neben- oder Wechselwirkungen der Arzneimittel gefährdet ist.

Zur Vereinfachung der Pharmakotherapie sind verschiedene Maßnahmen, z.B. Interventionen, vorgeschlagen worden. Ob oder inwieweit solche Maßnahmen erfolgreich sind, entscheidet sich nicht primär allein an der Zahl der Arzneimittel, sondern am Behandlungsergebnis.

Daher ist die Frage, ob und wo die Zahl der verschriebenen bzw. eingenommenen Arzneimittel reduziert werden *soll*, nicht einfach zu beantworten. Es wird ein im individuellen *Einzelfall* zu beurteilendes und zu entscheidendes Thema sein. Wesentlich sind dabei vor allem die Indikation und die Verträglichkeit.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Wiesbaden, April 2014

Sarkopenie: Ist Muskelschwund wirklich verhinderbar?

Professor Dr. med. Cornel Sieber, Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Regensburg und Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns an der Friedrich-Alexander Universität, Nürnberg

Sarkopenie ist die Kombination einer über das normale Altern hinaus bestehende Abnahme der Muskelmasse sowie der Muskelfunktion und/oder -kraft ist. Da eine Sarkopenie direkt mit der Funktionalität und damit Selbstständigkeit älterer Menschen interferiert, wäre eine Verhinderung der Entwicklung einer Sarkopenie und damit der vergesellschafteten „Frailty“ von großer individueller und kollektiver Notwendigkeit. Das „Frailty-Syndrom“ beschreibt eine verminderte Resistenz älterer Menschen auf interne und externe Stressoren. Sarkopenie und Frailty sind quasi Geschwisterpaare.

Hieraus generieren sich die Ansätze prophylaktischen Handelns im Bereiche der Sarkopenie. Zuerst gilt es, durch regelmäßiges körperliches Training den Muskelabbau zu minimieren („resistance“ oder „power training“), respektive verlorene Muskelmasse wieder aufzubauen. Hier sei betont, dass die Muskelmasse nicht mit der Muskelkraft gleichzusetzen ist. Dass dies sowohl für ältere zu Hause lebende wie auch für Menschen, die in Langzeitpflegestrukturen leben, gelingt, wurde mehrfach gezeigt.

Unabhängig davon – und das Ausmaß der möglichen körperlichen Aktivität ist bei (hoch)betagten Menschen ja häufig limitiert – bedarf es einer quantitativ und qualitativ adäquaten Ernährung. Auch der ältere Mensch kann mit einer ausgewogenen eiweißreichen Ernährung Muskelmasse vergleichbar zu jüngeren Menschen aufbauen. Spezifika sind, dass er dies aber nur vermag, wenn die Eiweiße über den Tag verteilt eingenommen werden. Dies bedeutet, dass bei einem Eiweißbedarf von sicher 1,0 bis 1,2, je nach Gesundheitszustand aber auch 1,5 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag dies über mehrere Mahlzeiten verteilt werden muss (jeweils etwa ein Drittel zum Frühstück, Mittag- und Abendessen). Diese Zahlen sind höher, als noch häufig angegeben (0,8 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht und Tag), die aber nur für gesunde ältere Menschen gelten. Wenn dies nicht möglich ist, helfen protein-reiche Supplemente zwischen den Mahlzeiten. Weiter scheinen vorab verzweigtkettige Aminosäuren den anabolen Effekt speziell zu fördern (zum Beispiel Leuzin). Eine genügende Vitamin-D-Versorgung ist zusätzlich essenziell.

Die positiven Effekte einer regelmäßigen körperlichen Aktivität und einer kalorisch und inhaltlich ausgewogenen Ernährung addieren sich. Insgesamt kann mit adaptierten Präventions- und Therapiestrategien und damit der Verhinderung einer Sarkopenie die Funktionalität erhalten werden.

*Pressekonferenz anlässlich des Frühjahrsymposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen
Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
Montag, 28. April 2014 - Rhein-Main-Hallen Wiesbaden*

Zusammenfassend kann gesagt werden:

- 1) Mit einer regelmäßigen körperlichen Aktivität kann Sarkopenie präventiv und therapeutisch angegangen werden
- 2) Dasselbe gilt für eine ausgewogene proteinreiche Ernährung
- 3) Die besten Effekte werden mit einer Kombination von 1 und 2 gesehen
- 4) Neuere medikamentöse Therapieoptionen (beispielsweise Myostatin-Antikörper) befinden sich in klinischer Testung

Bibliografie:

- Cooper C et al. Osteoporos Int 2012;23:1839-1848
- Zech A et al. BMC Geriatr 2012 Nov 7;12:68 doi:10.1186/1471-2318-12-68
- Berrut G et al. J Nutr Health Aging 2013;17:688-693
- Bauer J et al. J Am Med Dir Assoc 2013;14:542-559
- Smolinger C et al. J Am Med Dir Assoc 2014;15:267-72

(Es gilt das gesprochene Wort)
Wiesbaden, April 2014



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Gegründet 1882 vertritt die DGIM bis heute die Interessen der gesamten Inneren Medizin: Sie vereint als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämato-Onkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Im Austausch zwischen den internistischen Schwerpunkten sieht die DGIM auch einen wichtigen Aspekt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DGIM setzt dies im Rahmen verschiedener Projekte um. Zudem engagiert sie sich für wissenschaftlich fundierte Weiterbildung und Fortbildung von Internisten in Klinik und Praxis.

Innere Medizin ist das zentrale Fach der konservativen Medizin. Als solches vermittelt sie allen Disziplinen unverzichtbares Wissen in Diagnostik und Therapie. Insbesondere der spezialisierte Internist benötigt eine solide Basis internistischer Kenntnisse. Denn er muss Ursachen, Entstehung und Verlauf, Diagnostik und Therapie der wichtigsten internistischen Krankheitsbilder kennen, einschätzen und im Zusammenhang verstehen. Zentrales Element ist dabei das Kennenlernen von Krankheitsverläufen über längere Zeitstrecken und das Verständnis für die Komplexität der Erkrankung des einzelnen Patienten. Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten das dafür notwendige Wissen zu vermitteln. Zudem setzt sie sich dafür ein, dass jeder Internist ein internistisches Selbstverständnis entwickelt und behält.

Die DGIM hat zurzeit mehr als 23 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Ärztliche Direktorin am EGZB der Charité, Berlin

* 1946



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1974 | Medizinisches Staatsexamen an der Universität Marburg |
| 1974–1975 | Medizinalassistentenzeit im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf |
| 1975 | Approbation als Ärztin |
| 1975–1978 | Wissenschaftliche Assistentin am Physiologisch-Chemischen Institut der Universität Hamburg |
| 1978 | Promotion an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg |
| 1979–1987 | Wissenschaftliche Assistentin an der Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf |
| Seit 1984 | Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der American Aging Association |
| 1984 | Fachärztin für Innere Medizin |
| 1985 | Habilitation im Fach Innere Medizin |
| 1986–1987 | Oberärztin an der Medizinisch-Geriatriischen Klinik und Tagesklinik Albertinenhaus in Hamburg |
| Seit 1987 | Ärztliche Leiterin der Lipidambulanz und Lipidapherese , Ernährungsmedizin und Diätetik im Interdisziplinären Stoffwechsel-Centrum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum |
| 1987–1994 | Chefärztin der Abteilung Geriatrie III des Max-Bürger-Krankenhauses im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem Virchow-Klinikum der Freien Universität Berlin |
| Seit 1988 | Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Berlin und Leiterin der Arbeitsgruppe Innere Medizin/Geriatrie der Berliner Altersstudie |
| Seit 1994 | Prüfärztin für verschiedene klinische Studien (Fettstoffwechselstörungen und Demenz) im Rahmen der Tätigkeit als Leiterin der Forschungsgruppe Geriatrie |
| Seit 1995 | Ärztliche Direktorin des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum an der Humboldt Universität zu Berlin |

- 1997 Berufung auf eine C4-Professur im Fachgebiet Innere Medizin/Geriatrie am
 Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, Medizinische
 Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin
- 2011 Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie
- 2011 Mitglied im Kuratorium der Stiftung Eierstockkrebs
- 2012 Mitglied im Deutschen Ethikrat

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Kleine-Gunk
SCHÖN Klinik Nürnberg-Fürth, Euromed-Praxis, Präsident der German
Society of Anti-Aging Medicine (GSAAM)

* 1959



Beruflicher Werdegang:

1978–1984	Medizinstudium in Essen Promotion am Institut für Tumorforschung, Professor C. G. Schmidt
1985–1987	Assistenzarzt an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Elisabethkrankenhauses, Essen, Leitung: Professor E. Boquoi
1988–1990	Ärztlicher Entwicklungsdienst in Zimbabwe und Leitung eines Distriktkrankenhauses mit Schwerpunkt Geburtshilfe
1990–1992	Beendigung der Assistenzarztzeit am Essener Elisabethkrankenhaus Ablegen der Facharztprüfung
1992–1994	Oberarzt am Marienhospital Altenessen, Leitung: Dr. N. Neumann, Aufbau der Endoskopischen Chirurgie
Seit 9/1994	Leitender Arzt für Gynäkologie an der Euromed Clinic in Fürth, Deutschlands größter Privatklinik
2001	Erwerb der Zusatzbezeichnung: Arzt für Ernährungsmedizin Gynäkologische Privatpraxis mit dem Schwerpunkt Menopausenberatung, Endokrinologie, Anti-Aging und medizinische Kosmetik
2005	Erwerb der Zusatzbezeichnung: Arzt für Osteologie Mitglied der Deutschen Menopausengesellschaft Vorstandsmitglied der German Society of Anti Aging Medicine (GSAAM)
2009	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anti-Aging Medizin (GSAAM)
2009	Ernennung zum Professor für Gynäkologie an der Universität Oradea, Rumänien

Publikationen:

Neben zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen u. a. die Patientenratgeber:

- Die Gebärmutter – Gezielte Hilfe bei Erkrankungen
TRIAS Verlag, Stuttgart, 1997

- Attraktiv und fit durch die Wechseljahre
TRIAS Verlag, Stuttgart, 1998
2. Auflage 2002
- Brustkrebs vorbeugen: So vermindern Sie Ihr Risiko
TRIAS Verlag, Stuttgart, 1999
2. Auflage 2004
- Phytoöstrogene – Die sanfte Alternative während der Wechseljahre
TRIAS Verlag, Stuttgart, 2000
2. Auflage 2003
- Resveratrol – Länger jung mit der Rotwein-Medizin
TRIAS-Verlag, Stuttgart, 2006
- Das Frauen Hormone Buch
TRIAS Verlag, Stuttgart, 2009
2. Auflage 2013

Schriftleiter der Zeitschrift: Gynäkologie + Geburtshilfe, Urban + Vogel Verlag

Herausgeber des Fachbuches: Anti-Aging – moderne medizinische Konzepte Bremen 2003,
Uni-med Verlag

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Klaus Mörike

Stellv. Abteilungsleiter am Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Abteilung Klinische Pharmakologie, Tübingen



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|------|---|
| 1982 | Ärztliche Prüfung, Approbation als Arzt, Promotion zum Dr. med. in Tübingen |
| 1990 | Arzt für Klinische Pharmakologie, Examen der Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) der USA
Weiterbildung und berufliche Tätigkeiten an der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg (Innere Medizin) sowie am Dr. Margarete Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie (Stuttgart) und an der Vanderbilt University (Nashville, TN, USA) |
| 2000 | Habilitation für das Fach Klinische Pharmakologie an der Universität Tübingen |
| 2009 | Ernennung zum apl. Professor |

Arbeitsschwerpunkte:

- Arzneimitteltherapieberatung für Ärztinnen und Ärzte
- Aus- und Fortbildung in Klinischer Pharmakologie und Pharmakotherapie
- Ehrenamtliche Mitarbeit in der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ, www.akdae.de) als ordentliches Mitglied

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Cornel Sieber

Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie, Regensburg
und Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns an der Friedrich-
Alexander Universität, Nürnberg

* 1959



Beruflicher Werdegang:

1978–1984	Medizinstudium Universität Basel (Praktika in Wien und London)
1984	Approbation als Arzt
1985	Dissertation (M.D.) Thema: Nierentransplantation an über 55-jährigen Patienten (Professor G. Thiel)
1990	Prüfung durch die Unterrichtskommission für Foreign Medical Graduates examinations of the United States (FMGEMS examination)
1998–2000	Zertifikat für interdisziplinäre Schulung in Gerontologie (Certificat de Formation Continue en Gérontologie), International Center for Gerontology (CIG), Genf
1999–2000	Zertifikat Europäische Akademie für Altersmedizin (EAMA), Sion
2000	Fertigkeitsausweis für abdominellen Ultraschall (FMH)
2001	Schwerpunktstitel in geriatrischer Medizin (FMH)

Fakultäten

1995–2001	Privatdozent, Medizinische Fakultät, Universität Basel
1999–2001	Privatdozent, Medizinische Fakultät, Universität Genf
12/2001	Professor (C4-Professur) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen- Nürnberg, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns und Chefarzt der Medizinischen Klinik 2 am Klinikum Nürnberg

Klinikaktivitäten

1/1985–4/1986	Postdoctoral research fellow at the Experimental Therapeutics Dep., Sandoz Ltd. Basel (Professor E. del Pozo)
5/1986–4/1987	Arzt an der Geriatrischen Klinik am Universitätsklinikum Basel (Professor H. B. Staehelin)
5/1987–3/1988	Postdoctoral research fellow am Universitätskrankenhaus für Gastroenterologie, Basel (Professor G. A. Stalder, C. Beglinger)

- 4/1988–1/1989 Arzt am Universitätskrankenhaus Basel, Innere Medizin, (Professor L. Dettli, F. Follath)
- 2/1989–7/1989 Arzt am Hammersmith Hospital, London, Bereich Innere Medizin, Abteilung Geriatrie (Professor C. Bulpitt) und in der Kardiologie (Professor C. Oakley)
- 8/1989–6/1990 Arzt am Universitätskrankenhaus Basel, Innere Medizin (Professor U. C. Dubach, R. Ritz, W. Stauffacher)
- 7/1992 Arzt am Universitätskrankenhaus Basel, Gastroenterologie (Professor G.A. Stalder)
- 7/1994–12/1998 Oberarzt, Universitätskrankenhaus Basel (Professor G.A. Stalder) in Verbindung mit einem Stipendium des Schweizerischen Nationalfonds (Score-A grant)
- 1/1999 Oberarzt
- 4/2000 Leitender Arzt, Geriatriische Klinik am Universitätsklinikum Genf (Professor J. P. Michel)
- 20 Prozent Oberarzt, Bereich Gastroenterologie, Universitätsklinik Basel (Professor C. Beglinger)
- 12/2001 Lehrstuhlinhaber (C4-Professur) Innere Medizin–Geriatrie – Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- 4/2013 Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
Generalsekretär der DGIM, Kiel

* 1943



Beruflicher Werdegang:

Studium:

Medizinstudium in Berlin, Zürich, Heidelberg

Medizinische Ausbildung:

- | | |
|----------------|--|
| 1969–1970 | Medizinalassistent in Heidelberg und Pforzheim |
| 1970–1971 | Wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Universität Heidelberg (Leiter: Professor Dr. W. Doerr) |
| 10/1971–2/1973 | DFG-Stipendiat an der Universität Dundee/Schottland im Department of Pharmacology and Therapeutics (Professor Dr. K.G. Wormsley) |
| 3/1973–3/1982 | Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der Georg-August-Universität Göttingen (Leiter: Professor Dr. W. Creutzfeldt) |
| 3/1982–8/1990 | Klinischer Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen |

Auszeichnungen:

- | | |
|---------|---|
| 1979 | Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin |
| 1/1999 | Erfolgreiche Einwerbung des Kompetenznetzes „Entzündliche Darmerkrankungen“ zusammen mit den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Homburg, Regensburg und Tübingen |
| 4/2002 | Honorary Fellow des American College of Physicians |
| 9/2003 | Honorary Fellow der European Federation of Internal Medicine |
| 10/2004 | Honorary Fellow der Chilean Society of Internal Medicine |
| 2/2011 | Ehrenmitgliedschaft der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (NWGIM) |
| 5/2011 | Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) |
| 5/2012 | Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Carol Davila Universität zu Bukarest, Rumänien |

Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften:

1981–1985	Sekretär des European Pancreatic Club
1985–1986	Präsident der European Society for Clinical Investigation
Seit 1986	Mitglied im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1997–1998	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1999–2000	Präsident des European Pancreatic Club
Seit 8/2001	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
2003–2004	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Mitglied der Schriftleitung der folgenden Zeitschrift:

- World Journal of Gastroenterology

Funktionen und Ämter:

9/1990–3/2009	Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, I. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum S-H, Campus Kiel, Emeritiert
WS 00/01–SS 03	Prodekan der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel
1999–2010	Sprecher des Kompetenznetzes Chronisch entzündliche Darmerkrankungen sowie Sprecher aller Kompetenznetze
2002–2008	Mitglied des Fachkollegiums (Gutachter) der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2004–2011	Vorstandsvorsitzender der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze e. V.
2004–2011	Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft universitärer Gastroenterologen (AUG)
Seit 4/2011	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Curriculum Vitae

Dr. Bernd Dreher



Persönliche Daten:

Name: Bernd Dreher
Akadem. Grad: Dr. med.
Familienstand: verheiratet

Schulbildung:

1974–1983 Theodor-Heuss-Gymnasium Nördlingen, Humanistischer Zweig
Abschluss mit der Allgemeinen Hochschulreife

Bundeswehr:

1983–1984 Ableistung des Grundwehrdienstes im Sanitätsbereich der Luitpoldkaserne
Dillingen

Berufsausbildung:

1984–1991 Studium der Humanmedizin, zunächst an der Universität Ulm, anschließend an
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Abschluss mit dem Dritten Teil der Ärztlichen Prüfung
1993 Promotion: „Der Einfluss frontomedialer Hirnläsionen auf neuropsychologische
Testleistungen beim Menschen“

Berufstätigkeit:

1992–1993 Arzt im Praktikum in der Strahlenklinik des Zentralklinikums Augsburg
1993–1994 Assistenzarzt in der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radiologische
Onkologie der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar
1994–1995 Produktmediziner bei Lederle Arzneimittel Wolfratshausen im Geschäftsbereich
„Praxis“
1995–2000 Projektmanager/Produktmanager bei Synthelabo Arzneimittel Puchheim im
Bereich Urologie und ZNS Medical Manager bei der Sanofi München, dann
Sanofi-Synthelabo Berlin im Geschäftsbereich „ZNS und Innere Medizin“

*Pressekonferenz anlässlich des Frühjahrssymposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere
Medizin e. V. (DGIM)*

Montag, 28. April 2014 – Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

2000–2006	Medizinischer Leiter und Mitglied der Geschäftsleitung bei der 4sigma in Oberhaching
Seit Dez. 2006	bei MSD, zunächst als Senior Medical Advisor,
seit Herbst 2011	Director Medical Affairs Hospital/Specialty/Oncology



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bestellformular Fotos

Pressekonferenz anlässlich des Frühjahrsymposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

„Altern ist nichts Schlechtes – Was fordert die Demografie von der Medizin?“

Termin: Montag, 28. April 2014, 13.30 bis 14.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

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

- Professor Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
- Professor Dr. med. Bernd Kleine-Gunk
- Professor Dr. med. Klaus Mörike
- Professor Dr. med. Cornel Sieber
- Professor Dr. med. Ulrich R. Fölsch
- Dr. med. Bernd Dreher

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Str./Nr.	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2014.de

Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:

Luisenstraße 59

10117 Berlin