

# VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN (MÜNCHHAUSEN - SYNDROM?)

IN DER DIABETOLOGIE, GASTROENTEROLOGIE UND  
ENDOKRINOLOGIE

---

**Samstag, 20.10.2018**

**Akademie für Ärztliche Fortbildung, Karlsruhe**

**Prof. Dr. med. Eberhard G. Siegel, Karlsruhe**

**Aktuell SRH-Gesundheitszentrum Nordschwarzwald Dobel**

# VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN IN DER MEDIZIN

---

Prof. Dr. Eberhard G. Siegel, Karlsruhe

St. Vincentiuskliniken Karlsruhe 1991-2017

SRH-Gesundheitszentrum Dobel 2018-2020

NICHT: Prof. Dr. Erhard G. Siegel, Heidelberg  
Josephskrankenhaus, vorher Vincenz Limburg/Lahn

**Freitag, 1. Juli 2022, Freudenstadt**

# DIABETOLOGIA 32, S. 541 A, 1989

## 461. Influence of a human pancreastatin peptide on oral glucose tolerance in man

Erhard G. Siegel\*, W. E. Schmidt and W. Creutzfeldt. Div. of Gastroenterology and Endocrinology, Department of Medicine, Georg-August-University, Göttingen, FRG

\* Siegel, Erhard G. is not identical with Siegel, Eberhard G. who also submitted an abstract (nephew and uncle)

The C-terminally amidated 49-residue peptide pancreastatin was first isolated from porcine pancreas. It has been shown to inhibit insulin release and exocrine secretion from the rat pancreas. Recently, we isolated and sequenced from a carcinoid tumour human pancreastatin-like peptides. To investigate the influence of pancreastatin on oral glucose tolerance in humans, we synthesized a C-terminal amidated human pancreastatin peptide (hP) according to the Fmoc-strategy. Healthy male volunteers ( $n = 6$ ) received a 75 g standard oral glucose tolerance test during i. v. infusion of hP ( $1 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{h}^{-1}$ ) or saline over 3 h. Peak glucose levels (mmol/l) were  $8.4 \pm 1.4$  (hP) vs  $6.4 \pm 1.3$  (mean  $\pm$  SD), peak insulin levels were  $46.3 \pm 7.1$  (hP) vs  $32.2 \pm 10$  ( $\mu\text{U}/\text{ml}$ ). Integrated incremental glucose response was reduced by 50% ( $p < 0.01$ ), incremental insulin response by 23% ( $p < 0.05$ ). In conclusion, hP attenuates the elevation of blood glucose and insulin levels after an oral glucose load in non-diabetic humans. A delay and/or inhibition of glucose absorption may be involved in this effect of pancreastatin.

Des Freiherrn von Münchhausen  
Reisen und Abenteuer



K. THIENEMANN'S VERLAG IN STUTTGART





Baron Gerlach Adolph von  
Münchhausen (1688-1770)  
Gründungsbeauftragter für  
die Universität Göttingen

Freiherr Gerlach Adolph von Münchhausen

# Diarrhoea factitia als Differentialdiagnose bei chronischer Diarrhoe

R. Nitzsche, E. G. Siegel und W. Creutzfeldt (DMW 114: 543-547, 1989)

**Tab. 1 Synopsis der wesentlichen Charakteristika der Patienten**

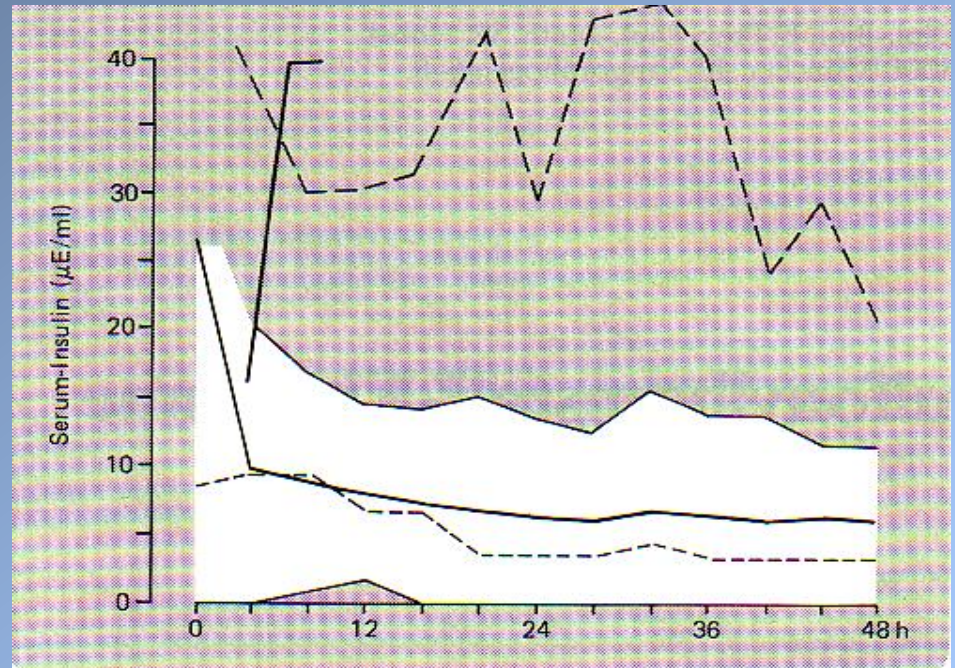
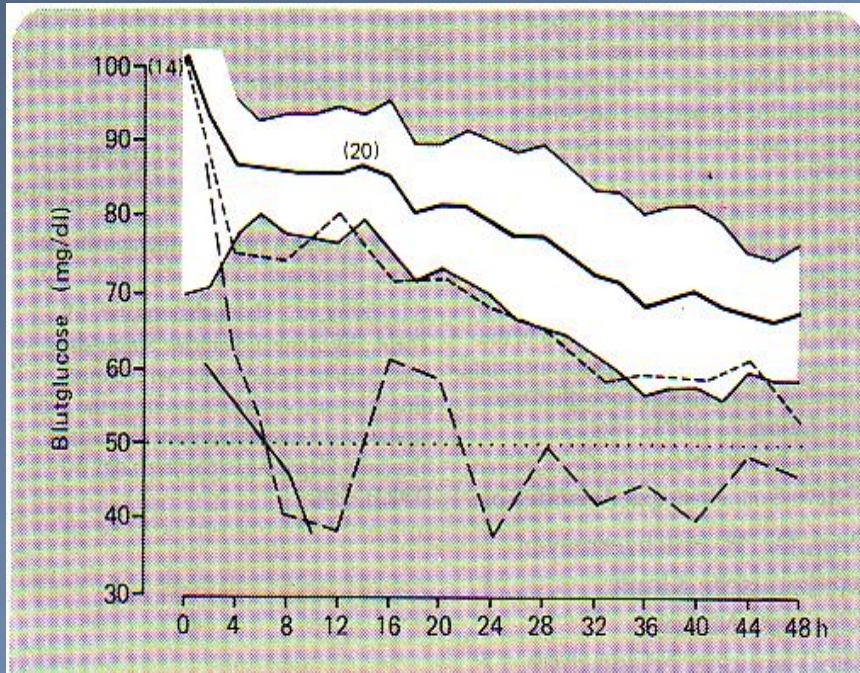
	<b>Fall 1</b>	<b>Fall 2</b>	<b>Fall 3</b>	<b>Fall 4</b>	<b>Fall 5</b>	<b>Fall 6</b>	<b>Fall 7</b>
<b>Alter, Geschlecht</b>	28, w.	40, w.	45, w	45, m.	22, w.	47, w.	47, w.
<b>Beruf</b>	Kranken- schwester	Drogistin	Zahnarzt- helferin	Kaufmann	Schülerin	Kranken- schwester	Hausfrau
<b>Gewicht kg /Größe</b>	64 /172	36 /160	42 /179	71 /180	49 /170	46 /159	44 /167
<b>Dauer d. Diarrhoe</b>	1 Jahr	6 Jahre	2½ Jahre	1 Jahr	3 Wochen	2 Jahre	2 Jahre
<b>Aufenthalte stat.</b>	2	11	4	5	1	5	3
<b>Gewichtsverlust</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>Hypokaliämie</b>	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>Stuhlgewicht/Tag (g)</b>	80	1082	220	692	774	634	429
<b>Nachweis d. Abusus</b>	Urinanalyse	i. Zimmer	Melanosis	Urinanalyse	Urinanalyse	Urinanalyse	i. Zimmer
	Bisoprolol	gefunden	coli, zugeg.	Bisacodyl	Bisacodyl	Bisacodyl	gefunden
<b>Weitere Facetten</b>	artifiz.	4 Laparat.	Blut i. Stuhl	Bulimie	artifiz.		Amphetamin- abusus
	Fieber	3 wg. Diarrh (anamnest)	Analgetika	Fieber			
<b>Überweisungsgrund</b>	Fieber	parenerale	Hypokal.	V. a. trop.	V. a.	V. a.	V. a.
	Diarrhoen	Dauerern.	u. Diarrhoe	Infektion	M. Crohn	Karzinoid	endokr. Diarrhoe



# HYPOGLYCAEMIA FACTITIA DURCH SULFONYLHARNSTOFF

E. G. Siegel; G. Mayer, M. Nauck und W. Creutzfeldt

Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie, Universität Göttingen, DMW 112 (1987) 1575-1579



**Abb. 1: Hungerversuch bei drei Patienten mit Hypoglycaemia factitia. Weiße Fläche: Mittelwert  $\pm$  SD von 20 Kontrollpers. Kurzgestrichelte Kurve: Fall 2 (Glib. bis 4 Tage vorher), Durchgez.: Fall 1, Langgestrichelte: Fall 3, beide mit Nachweis von Glib. im Serum.**

# Fall rezidivierende Hypoglykämie I

---

23-j. Pat., 168 cm, 70 kg, 4 kg Gewichtszunahme in 2 Monaten

Krankenschwester Inn. Stat., engagiert, feste Beziehung, HA gut bekannt

- 12/03** Stationär ausw. KH wegen Hypoglykämien bis 37 mg/dl
- Befunde:** Glukose 37, C-Peptid 0,75 ng/ml (1-3), Insulin 32,4 µU/ml (2,5-25), Ins. AA 372 µU/ml (<10), TPO 1300 U/ml (<60), TSH o.B., ANA +, ICA ,GADA neg.
- Verlauf:** Kein Insulinom im MR, Endosono, Intensivstation, bei Bz 30-40 Glukoseinfusionen
- Diagnose:** Autoimmun-Hypoglykämie (Erhöhte Insulin-Antikörper, weitere AK)
- Therapie:** Kleine, KH-reiche Mahlzeiten
- 13.01.04** Erneut stat. wegen schwerer Hypoglykämie, tel. Kontaktaufnahme
- 16.01.04** Vorstellung amb. Frage Hungerversuch. Aufgeschlossene, nette Patientin. Dabei Hypoglykämie Bz 30, Blutentnahme sofort  
Unmittelbar stationäre Übernahme



# Fall rezidivierende Hypoglykämie II

23-j. Pat., 168 cm, 70 kg, 4 kg Gewichtszunahme in 2 Monaten

Krankenschwester Inn. Stat., engagiert, feste Beziehung, HA gut bekannt

**21.01.04:** Hungerversuch, Beginn abends, Abbruch nach 3 h bei anhaltender Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit, Glukose 19 mg/dl, Glukoseinfusion

**22.01.04:** Nochmals schwere Hypoglykämie trotz Glukoseinfusion, 29 mg/dl

	<b>Blutzucker (mg/dl)</b>	<b>Insulin (2,5-25 µU/ml)</b>	<b>C-Peptid (1-3 ng/ml)</b>
16.01. amb.	30	148	< 0,3
21.01. (Hungerversuch)	19	165	< 0,3
22.01. (Glukose i.v.)	29	290	0,3
26.01. (keine Glukose)	105	17,8	3,1

Normaler Hormonstatus, negative Untersuchung auf Sulfonylharnstoffe und -analoge  
Neurologisch-psychiatrisches Konsil unauff., keine Suizidalität, Konfrontation: Abstreiten

# Unterschiede im Insulin-Sekretionsverhalten erleichtern die Differentialdiagnose von Insulinom und Hypoglycaemia factitia

J. J. Meier, K. Hücking, D. Grünklee, W. Schmiegel, M. A. Nauck, DMW 127 (2002)

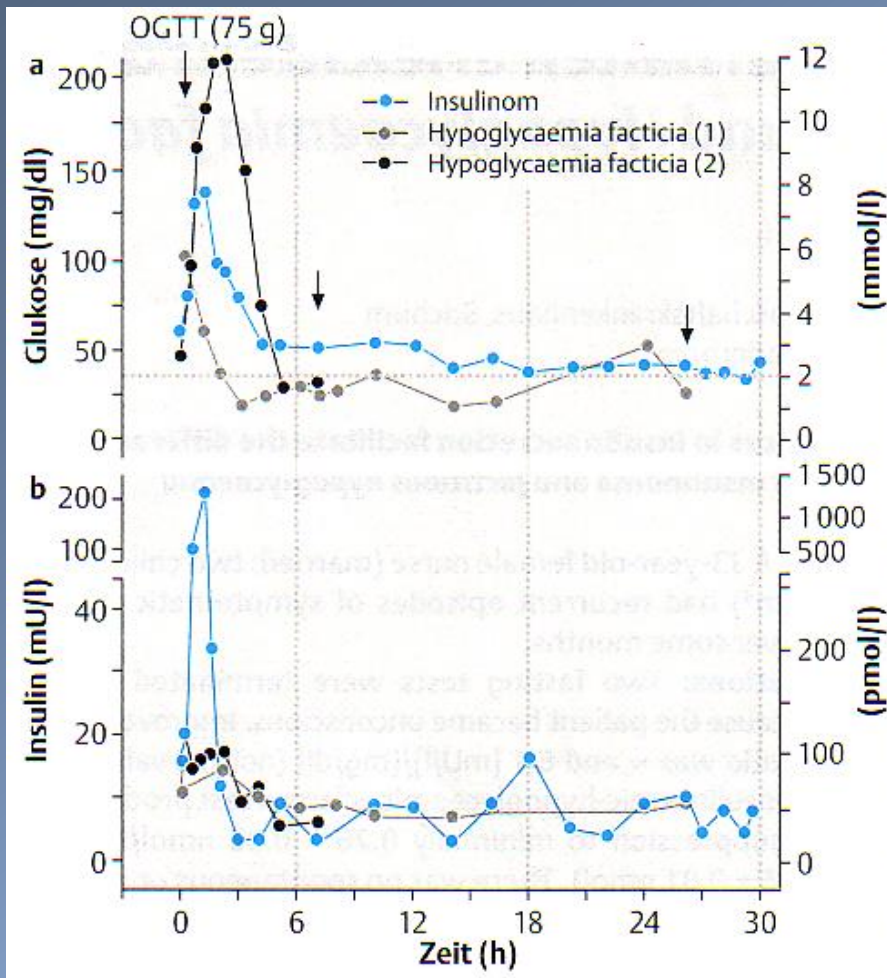
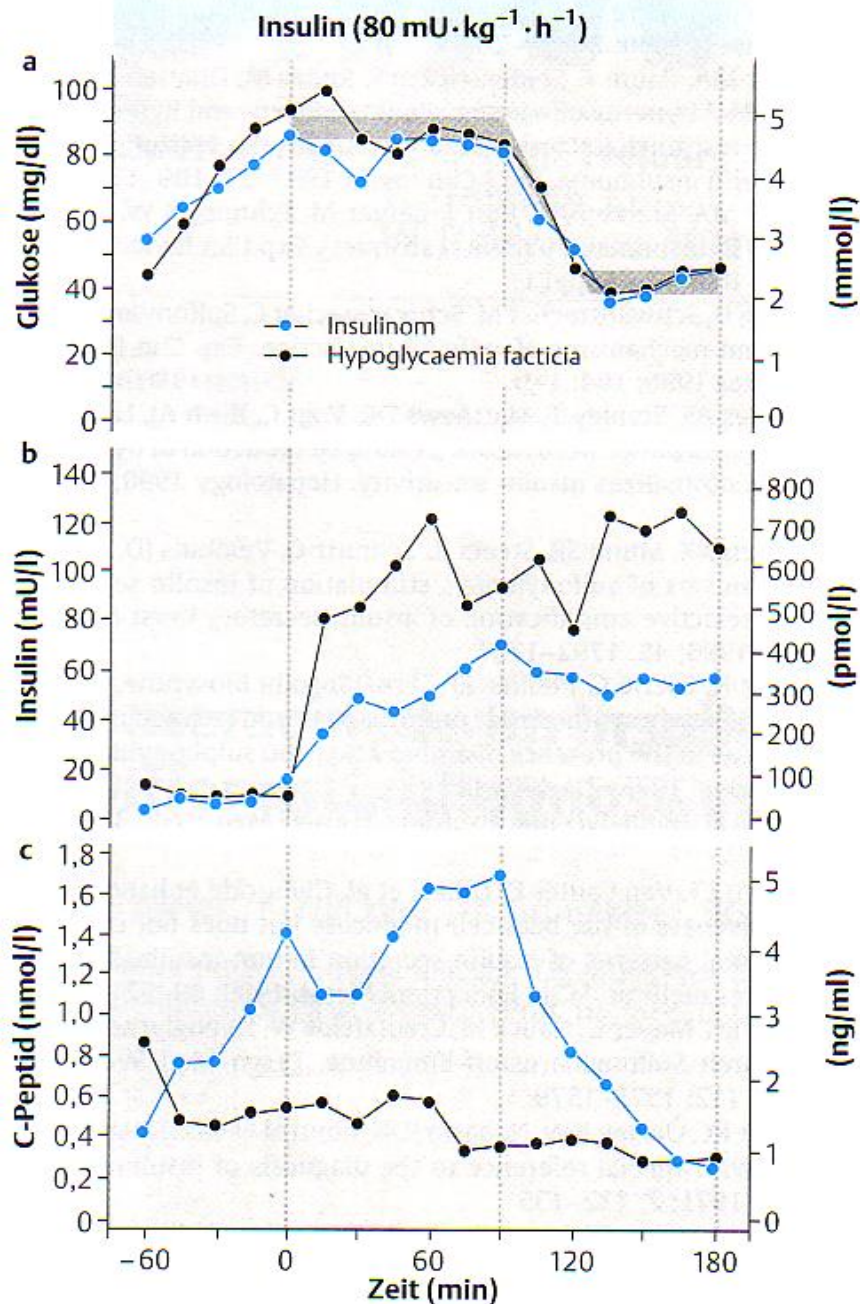


Abb. 1:

Glukose (a) und Insulin (b) Konzentrationen während zweier Hungerversuche bei einer Patientin mit Hypoglycaemia factitia im Vergleich zu einer Patientin mit Insulinom.

Die Pfeile markieren die Zeitpunkte, an denen Bewusstlosigkeit eintritt.



## Unterschiede im Insulinsekretionsverhalten erleichtern die Differentialdiagnose von Insulinom und Hypoglycaemia factitia

J. J. Meier et al, DMW 2002, 127: 375-378

### Abb. 2

Glukose (a), Insulin (b) und C-Peptid (c) Plasmakonzentrationen bei einer Pat. mit Hypoglycaemia factitia und einer Pat. mit Insulinom während eines hyperinsulinämischen, sequentiell eu- und hypoglykämischen Clamp“-Versuches



# MÜNCHHAUSEN – SYNDROM

Pat: 49 J., arbeitet in Altenpflege

---

1. **Diarrhoe factitia**
2. **Vorgetäushtes Malabsorptionssyndrom (wie Anorexie)**
3. **Z.n. multiplen abdominellen Operationen (mehrere Unikliniken)  
nach multiplen Krankenhausaufenthalten über 20 Jahre, u.a.  
vorgetäuschte Pankreatektomie**
4. **VORGETÄUSCHTER DIABETES mit ICT-Therapie**
5. **Vorgetäuschter Krampfanfall**

# Pat. 17 J, 170 cm, 47-57 kg, Diabetes ED 1990

---

## Psychische Probleme durch fam. Ortswechsel, Schwester Anorexie, später Diabetes

- 3/99** Kinderklinik, HbA1c 17%, Hypoglycaemia factitia
- 7/99** 5 Tage-Kurs ICT, HbA1c 14%, normoglykämisch, gute objektivierbare Einstellung, 55 kg
- 8/99** Gastroenteritis, 50 kg, GPT 78, GGT 46, HbA1c >14%. Sono: normale Lebergröße
- 9/99** Rezidiv. Erbrechen, Sodbrennen, OB-Druckschmerz, KG 48 kg, GOT 164, GPT 120, GGT 169. Sono: Hepar 25 cm, Nieren komplett überdeckt, Histo: Ausgeprägteste Verfettung
- 10/99** Deutliche Besserung der Lebergröße unter parent. und ent. Ernährung; Pat. jetzt sehr kooperativ (55 kg). Entscheidung zur Insulinpumpe
- 11/99** GPT 106, GOT 70, GGT 57, Bz um 200, HbA1c >14%
- 12/99** 56 kg, Leberwerte normal, BZ-Werte um 230, HbA1c >14%:  
Konfrontation: Falsche Werte zugegeben
- 2016** MASSIVSTE Folgeschäden, BMI 13, inzwischen verstorben:  
Schwester auch Anorexie u. Diabetes

**Diagnose:** Diabetes Typ 1 mit psych. Problemen und faktit. Hyperglykämie  
Massive Fettleber und Hepatomegalie bei  
Faktitiell entgleistem Diabetes, kombiniert mit Mangelernährung

# UNKLARE GYNÄKOMASTIE BEIM MANN

---

Patient B. M., 30 Jahre, logorrhöisch, ausgeprägte Gynäkomastie bds., die er als schön empfand

LH	0,74	(NW 1,0 – 15)
FSH	1,32	(NW 2,0 - 13)
Östradiol	80	(NW < 60)
Testosteron	< 0,69	(NW 9,4 – 37)
SHBG	26,2	(NW 1,2 – 6,6)

Diagnose auswärts zunächst:

Hypogonadotroper Hypogonadismus.

Empfehlung: Testosteron-Injektionen: Abgelehnt vom Patienten

Bei der Vorstellung: LH 5,4

FSH 3,9

Testosteron und FAI leicht erniedrigt



# MÜNCHHAUSEN - SYNDR. (FAKTIT. ERKRANKUNGEN)

IN DER GASTROENTEROLOGIE / ENDOKRINOLOGIE / DIABETOLOGIE

---

## *Mögliche Facetten*

- **Diarrhoea factitia**
- **Artefizielles Fieber (Thermometer, Pyrogene)**
- **Abdominelles Schmerzsyndrom (oft auch bereit zu op. Eingriffen)**
- **Eisenmangelanämie**
- **Hypoglycaemia factitia**
- **Hyperthyreosis factitia (Thyreoglobulinbestimmung)**
- **Hypercalcämie (Vitamin D-Einnahme)**
- **Blutungsneigung (Cumarole)**
- **Faktitieller „Brittle Diabetes“ (z. B. Akzeptanzprobleme, Pubertät)**
- **Massive Fettleber mit Hepatomegalie**
- **Vorgetäuschter Diabetes**
- **Hämatemesis (nach Einnahme von Tierblut)**

# CHARAKTERISTIKA VON PATIENTEN MIT FAKTITIELLEN SYNDROMEN

---

- **Psychischer Befund oft nicht hilfreich, Patienten oft kooperativ**
- **Wechselnde Testergebnisse (oft auch Unikliniken)**
- **Oft aus dem medizinischen Umfeld, oft Frauen (sehr selten Ärzte)**
- **Oftmals ernsthaft kranke Patienten**
- **Meist kooperative Patienten, willig zu eingreifender Diagnostik/Ops**
- **Diagnose möglich bei Vermutung, ggf. unerwartete Verlegung auf Intensiv, Untersuchung der persönlichen Gegenstände (Rechtslage?)**
- **Psychotherapie oft abgelehnt, fast immer abgebrochen**

# Vorgetäuschte Erkrankungen in der Praxis

Häufig ?

Münchhausen-Syndrom ?

Was ist Ihre Meinung?



★

WEGE ZU WISSEN UND WOHLSTAND

ODER:

LIEBER KRANKFEIERN  
ALS GESUND SCHUFTEN!

★



DOKUMENTATION

★

R

.... HIER PRÄSENTIEREN WIR  
EXKLUSIV FÜR DIE WERTE LESERSCHAFT:  
**DIE AUTOREN DIESES WERKES!**

r.l.h.v.: \* DR. A. NARCHO \*

\* DR. MARIE HUANA \*

\* PRIVATDOZENT DR. KIFF-TURNER \*

SIE SEHEN DIE DREI INTERNATIONAL ANERKANNTEN  
KAPAZITÄTEN BEI EINEM HEROISCHEN  
SELBSTVERSUCH....





# WEGE ZU WISSEN UND WOHLSTAND

## INHALTSVERZEICHNIS

### TEIL I Zur Einführung in den "Problemkreis"

Die verlorene Zeit (J. Prévert).....	1
Was dieses Buch soll.....	2
Arztpraxis:Hexenküche, Folterkammer, Mythos, Reparaturwerkstatt, Dienstleistungsbetrieb, Nepplokal?	4
Die ANAMNESE oder Der Gang zum Arzt.....	6
Vertrauensärztliche Dienststelle (N. Born).....	10

# WEGE ZU WISSEN UND WOHLSTAND

## TEIL II "Krankheitsbilder", leicht gemacht

Niedriger Blutdruck bzw. Nervöser Erschöpfungs- zustand.....	12
Migräne.....	17
Gehirnerschütterung.....	21
Magenschleimhautentzündung (Gastritis).....	26
Durchfall, Erbrechen, "Darmgrippe".....	31
Blasen- und Nierenentzündung.....	35
Chronische Eierstocksentzündung.....	39
"Herr Doktor...." (B. Brecht).....	46
Die kranke Halswirbelsäule (HWS-Syndrom).....	48
Lendenwirbelsyndrom.....	52
Der Tennisellenbogen.....	57
Verstauchungen.....	59
Die sogenannte "Weiche Leiste".....	61
Narbenschmerzen.....	65
Sehnenscheidenentzündung.....	72



# **WARNUNG !**

**Dies ist ein Buch, in dem steht, wie du leicht zu einer Krankschreibung kommen kannst.**

**ES IST KEIN MEDIZINISCHES NACHSCHLAGEWERK !!!**

**Wenn du etwas über Beschwerden, die du gerade hast, lesen willst,  
nimm andere Bücher !**

## **IMPRESSUM**

**Herausgeber:**

**Original Gesundheitskollektiv**

**V i. S. d. P.:**

**Dr. med. Marie Huana**

**Dr. med. A. Narchio**

**Privatdozent Dr.med. Kiff-Turner**

**Castrop-Rauxeler-Ausfallstr. 13**

**4711 Wanne-Eickel**

**Eigenverlag**

**Druck: Eigendruck**

**Auflage: 500.000**

# „Tips für den Umgang mit der Ärztebrut“

Auszüge aus dem Untergrund-Leitfaden für Simulanten

Die durchschnittliche Zeit, die du dich im Sprechzimmer aufhältst, dürfte so zwischen zwei und acht Minuten liegen. In dieser Zeit sollten die Ärzte dich untersuchen sowie die sogenannte Anamnese erheben, das heißt, dich über deine Beschwerden befragen.

Das alles geht aber höchstens in einer halben bis dreiviertel Stunde und nicht in besagten zwei Minuten. Die Zeit, die du im Sprechzimmer verbringst, ist viel zu kurz, um zu einer gründlichen Diagnose zu kommen.

Der Arzt versucht also, einige wesentliche Punkte — für die Diagnosestellung — aus dir herauszukitzeln, und bildet sich nebenbei eine Vorstellung, was für eine Art Mensch du seist. Ein reaktionärer Arzt, der sowieso denkt, alle Langhaarigen sind arbeitsscheu, wird das auch von dir denken, so du lange Haare hast.

Sage selber nie die Diagnose! Mediziner denken typischerweise, sie hätten die ganze medizinische Weisheit für sich gepachtet; deshalb reagieren sie fast immer sauer, wenn du ihnen sagst, was du hast. Außerdem wollen sie selbst darauf kommen und sich dabei als tolle Diagnostiker fühlen. (Laß ihnen doch die kleine Freude!)

Mediziner sind durch ihre Ausbildung gut dressiert: Wenn du ihnen bestimmte Sachen erzählst, fällt bei ihnen eine Klappe, das ist dann die

Da lacht dann das Herz des Schulmediziners! Er sieht, du hast keinen Durchblick, fürchtest dich womöglich noch, und dann kann er dir erzählen, was du wirklich hast, ist der große Papa . . .

Paß auf, daß du nicht als Schwindler/in eingestuft wirst! Wenn du merkst, daß „dein“ Weißkittel dir nicht vertraut, dich nicht länger krankschreiben will oder dich gar darauf anspricht, ob du nicht übertreibst — ja, dann ist es die höchste Zeit, den Arzt zu wechseln!

So weit solltest du es eigentlich nie kommen lassen, denn wenn so



▷ Also zum Beispiel nicht erst Sehnenscheidenentzündung und dann Tennisellenbogen. Das haut nicht hin . . . Falls du vergeblich bist, mach dir 'nen Ordner über deine Krankheiten, damit du einen Überblick behältst.

▷ Wenn du in einer Betriebskrankenkasse (BKK) versichert bist, mußt du dir darüber im klaren sein, daß Arbeitgeber und Krankenkasse identisch sind! Der Personalchef kann von der haus-eigenen BKK deine Krankenunterlagen mit Diagnosen etc. direkt anfordern . . .

▷ Wenn es sich um einen Unfall drehte, kannst du einen Berufsunfall daraus machen: Auf dem Weg zur oder von der Arbeit passiert. Vielleicht günstig wegen eventueller späterer Entschädigung durch Berufsgenossenschaft.

▷ Bau, wenn es geht, deine früheren Krankheiten in deine jetzigen Beschwerden mit ein. Frag andere nach ihren Erfahrungen mit der und der Krankheit. Üb vorher zu Hause auch mit anderen.

Wir haben für euch viele solcher Krankheiten oder Leiden beschrieben, bei denen sich Arbeits- und Lebensbedingungen direkt auf den Körper auswirken. Die intellektuellen Wichser nennen das psychosomatisch. Sie fangen bei Mißempfin-

In der Tat: dieser Julius Campe, ein Autodidakt, Einzelgänger, Patriot mit Zivilcourage, vital, voller Wagemut in Sachen progressiver Literatur, listig, verschlagen, trickreich, war die imponierendste Verlegerpersönlichkeit der Vormärzzeit. Er war erfindungsreich im Kampf mit der Zensur, schuf sich ein raffiniertes Verkaufssystem, arbeitete mit fingierten Firmennamen, betrieb meisterliche Verteidigungsstrategie gegenüber den Behörden, und nicht selten klagte der Angeklagte seinerseits dergestalt vorwurfsvoll zurück: „Daß die moderne Belletristik eine vorzugsweise politische Farbe trägt, liegt an der Zeit, nicht an uns.“

(aus FAZ, 16.2.1982)

# Factitious Disease in the doctor`s office

Frequent or not ?

Let us be honest, generally :  
Deliberate or tactical DECEPTION is very  
common in human interaction!



# Vorgetäuschte Erkrankungen

In der Praxis oder im Krankenhaus

Häufig oder nicht ?

Seien wir ehrlich:

Überlegte oder taktische TÄUSCHUNG ist  
durchaus üblich in unseren menschlichen  
Interaktionen!

# VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN (u.a. MÜNCHHAUSEN - SYNDROM)

IN DER MEDIZIN, Praxis und Krankenhaus

---

## FAZIT

Wir **ÄRZTE** werden viel häufiger auf den Leim geführt  
in Diagnostik und Therapie, als wir es denken!

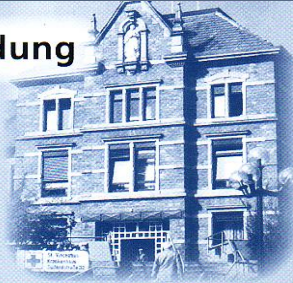
**ALSO**

**DENKEN** wir an diese Möglichkeit!

**HANDELN** wir entsprechend!

# Wissen

Einladung



Ärztliche Fortbildung

Aktuelle Gastroenterologie,  
Endokrinologie und  
Diabetologie – Quo vadis?

Samstag, 30. April 2011  
10.00–16.30 Uhr

Gartensaal im Karlsruher Schloss  
Schlossplatz 1  
76133 Karlsruhe



Zur  
Zertifizierung  
angemeldet

Veranstalter:

Medizinische Klinik I  
St.-Vincentius-Kliniken Karlsruhe  
Chefarzt: Prof. Dr. med. E. Siegel

WEGE ZU WISSEN UND WOHLSTAND

## Wohlstand ??

Für die Referenten:

Man darf durchaus sagen – so meine ich – dass das mit unserem alten Chef Prof. Werner Creutzfeldt und auch im Austausch und Kontakt untereinander erworbene Wissen auch zu einem gewissen Wohlstand bei uns geführt hat.

Für die Zuhörer:

Ihnen allen wünsche ich mit dem hier erworbenen Wissen, dass Ihnen ähnliches widerfährt, sofern nicht ohnehin schon eingetroffen.

**Eine lehrreiche, ungewöhnliche und motivierende Fortbildung**

# FORTSCHRITTE IN DER GASTROENTEROLOGIE UND ENDOKRINOLOGIE

---

**Samstag 30. April 2011**

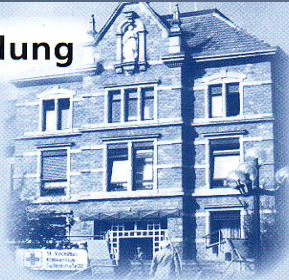
**Gartensaal im Karlsruher Schloss  
Prof Dr. Eberhard Siegel und Gäste**

**HERZLICHE EINLADUNG ZUM 30. APRIL 2016**



# Wissen

## Einladung



### Ärztliche Fortbildung

Aktuelle Gastroenterologie,  
Endokrinologie und  
Diabetologie – Quo vadis?

Samstag, 30. April 2011  
10.00–16.30 Uhr

Gartensaal im Karlsruher Schloss  
Schlossplatz 1  
76133 Karlsruhe



Zur  
Zertifizierung  
angemeldet

#### Veranstalter:

Medizinische Klinik I  
St.-Vincentius-Kliniken Karlsruhe  
Chefarzt: Prof. Dr. med. E. Siegel

WEGE ZU WISSEN UND WOHLSTAND

## Wohlstand ??

Für die Referenten:

Man darf durchaus sagen – so meine ich – dass das mit unserem alten Chef Prof. Werner Creutzfeldt und auch im Austausch und Kontakt untereinander erworbene Wissen auch zu einem gewissen Wohlstand bei uns geführt hat.

Für die Zuhörer:

Ihnen allen wünsche ich mit dem heute morgen und heute nachmittag erworbenen Wissen, dass Ihnen ähnliches widerfährt, sofern nicht ohnehin schon eingetroffen.

**Einen wunderschönen 30. April im Karlsruher Schloss**

BESONDERE ASPEKTE IN DER  
DIABETOLOGIE, ENDOKRINOLOGIE,  
GASTROENTEROLOGIE

---

Prof. Dr. Eberhard G. Siegel, Karlsruhe  
(Nicht PD Dr. Erhard G. Siegel, Heidelberg)

**Mittwoch, 28.10.2015, Heidelberg**

**VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN  
(MÜNCHHAUSEN - SYNDROM)  
IN DER DIABETOLOGIE, GASTROENTEROLOGIE UND  
ENDOKRINOLOGIE**

---

**Mittwoch, 28.10.2015**

**St. Josephskrankenhaus, Heidelberg**

**Prof. Dr. Eberhard G. Siegel**

# VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN (MÜNCHHAUSEN - SYNDROM?)

IN DER GASTROENTEROLOGIE, DIABETOLOGIE UND  
ENDOKRINOLOGIE

---

**Mittwoch, 1.11.2016**

**Fortbildungen der Med.Kliniken der St.Vincentiuskliniken  
Karlsruhe**

**Prof. Dr. Eberhard G. Siegel, Karlsruhe**



# VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN (MÜNCHHAUSEN - SYNDROM?)

IN DER DIABETOLOGIE, GASTROENTEROLOGIE UND  
ENDOKRINOLOGIE

---

**Freitag, 28.10.2016**

**Südwestdeutscher Kongress für Innere Medizin  
Karlsruhe**

**Prof. Dr. Eberhard G. Siegel, Karlsruhe**

# VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN IN DER MEDIZIN

---

Prof. Dr. Eberhard G. Siegel, Karlsruhe

St. Vincentiuslinien, jetzt ViDia Christliche  
Krankenhäuser Karlsruhe

NICHT: PD Dr. Erhard G. Siegel, Heidelberg  
Josephskrankenhaus, vorher Vincenz Limburg/Lahn

**Mittwoch, 1.11.2016, Karlsruhe**

# VORGETÄUSCHTE ERKRANKUNGEN (MÜNCHHAUSEN - SYNDROM?)

IN DER DIABETOLOGIE, GASTROENTEROLOGIE UND  
ENDOKRINOLOGIE

---

**Donnerstag, 18.10.2018**

**Kurs „Klinische Diabetologie“ der DDG, Heidelberg**

**Prof. Dr. med. Eberhard G. Siegel, Karlsruhe**

**Aktuell SRH-Gesundheitszentrum Nordschwarzwald Dobel**

