

Endokrinologie Informationen



Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

Schriftleitung:
Hubertus Jarry, Göttingen

29. Jahrgang
Heft 2/2005

Besuchen Sie die Homepage unter
<http://www.endokrinologie.net>



J.A. Barth

April 2005

Endokrinologie

Informationen

Mitteilungen der
Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie

29. Jahrgang, Heft 2/2005

Schriftleitung:
Hubertus Jarry, Göttingen



Aus der Geschäftsstelle der DGE

- 29 Jahresstatistik 2004 der Homepage der DGE
- 30 Weiterbildung Endokrinologie-Assistent/-in DGE
- 32 NIH – DFG Research Career Transition Awards

Notizen

- 34 Forschungsprojekt zur Intersexualität: Katamnestiche Untersuchung bei adoleszenten Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Formen der Intersexualität
- 36 „Internationale Zusammenarbeit“
Ein neues Gremium der Endocrine Society

Aus den Sektionen/Kommissionen

- 37 Statement der Kommission Hormontoxikologie
Finasterid bei männlicher Glatzenbildung

Kongressankündigungen

- 41 Einladung und Programm zur gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angewandte Endokrinologie (D.G.A.E.) und der Sektion Angewandte Endokrinologie (SAE) der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
- 45 Kongress der Deutschen Menopause Gesellschaft 2005: Hormontherapie – Fluch oder Segen?
- 47 47. Bundeskongress VDD e.V. & 6. Jahrestagung BDEM e.V. in Kooperation mit dem VDOE e.V.
- 47 14. Jahrestagung der Norddeutschen Diabetes Gesellschaft

48 Veranstaltungskalender

Gremien der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

Vorstand

Präsident:
Prof. Dr. H. Lehnert, Magdeburg
Vizepräsident:
Prof. Dr. A. Grüters-Kieslich, Berlin
Prof. Dr. T. Gudermann, Marburg
Sekretär und Schatzmeister:
Priv.-Doz. Dr. B. Saller, Karlsruhe
Tagungspräsident 2005:
Prof. Dr. L. Kiesel, Münster
Tagungspräsident 2006:
Prof. Dr. K. Mann, Essen
Tagungspräsident 2007:
Prof. Dr. M. Buchfelder, Göttingen
Berufspolitische Fragen:
Priv.-Doz. R. Finke, Berlin
Mediensprecher:
Prof. Dr. H. Klein, Bochum
Endokrinologie Informationen:
Prof. Dr. H. Jarry, Göttingen

Kommission Hormontoxikologie

Sprecher:
Prof. Dr. A. Pfeiffer, Potsdam
Beirat:
Prof. Dr. H. Behre, Halle
Prof. Dr. W. Braendle, Hamburg
Prof. Dr. G. Emons, Göttingen
Prof. Dr. B. Hoffmann, Gießen
Prof. Dr. V. Höllt, Magdeburg
Prof. Dr. H. Klein, Bochum
Prof. Dr. S. Matthaei, Quakenbrück
Prof. Dr. H. Seyberth, Marburg
Prof. Dr. E. Wolf, München

Arbeitsgemeinschaft Hypophyse und Hypophysentumore

Sprecher:
Prof. Dr. H.-J. Quabbe, Berlin

Arbeitsgemeinschaft Neuroendokrine Tumore des Gastrointestinaltraktes

Sprecher:
Prof. Dr. B. Wiedenmann, Berlin

Dachverband Endokrinologie/Diabetologie (DVED)

Vorsitzender:
Prof. Dr. H. Mehnert, München

Sektion Schilddrüse

Sprecher:
Prof. Dr. G. Brabant
Beirat:
Prof. Dr. K. W. Schmid, Essen
Priv.-Doz. Dr. C. Schmutzler, Berlin
Priv.-Doz. Dr. R. Finke, Berlin
Prof. Dr. Reiners, Würzburg
Prof. Dr. H. Dralle, Halle
Prof. Dr. A. Grüters-Kieslich, Berlin

Sektion Diabetes und Stoffwechsel

Sprecher:
Prof. Dr. D. Müller-Wieland, Düsseldorf
Beirat:
Dr. J. Brüning, Köln
Prof. Dr. H. Klein, Bochum
Priv.-Doz. Dr. T. Linn, Gießen
Priv.-Doz. Dr. K. Parhofer, München
PD Dr. J. Seufert, Würzburg

Sektion Calcium-regulierende Hormone und Knochenstoffwechsel

Sprecher:
Priv.-Doz. Dr. med. E. Blind, Würzburg
Beirat:
Priv.-Doz. Dr. H. Sigelkow, Göttingen
Priv.-Doz. Dr. W. J. Fassbender, Kempen
Prof. Dr. Dr. C. Kasperk, Heidelberg
Prof. Dr. J. Pfeilschifter, Essen
Priv.-Doz. Dr. med. S. H. Scharla, Bad Reichenhall

Sektion Pädiatrische Endokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. O. Hiort, Lübeck
Beirat:
Prof. Norbert Albers, Osnabrück, stellv. Sprecher
Prof. Martin Wabitsch, Ulm
Prof. Angela Hübner, Dresden
Prof. Stefan Wudy, Giessen
Dr. Christoph Brack, Celle

Sektion Molekulare und Zelluläre Endokrinologie

Sprecher:
Priv.-Doz. Dr. med. J. Seufert, Würzburg
Beirat:
Dr. A. Schmidt, Berlin
Priv.-Doz. Dr. W. Weidemann, Ulm

Sektion Nebenniere, Hypertonie und Steroide

Sprecherin:
Priv.-Doz. Dr. Wiebke Arlt, Birmingham
Beirat:
Prof. Dr. W. Sippell, Kiel
Prof. Dr. B. Alloio, Würzburg
Dr. F. Beuschlein, Freiburg

Prof. Dr. S. Bornstein, Dresden
Priv.-Doz. Dr. S. Diederich, Berlin
Assoziiertes Mitglied:
Prof. Dr. M. Weber, Mainz

Sektion Angewandte Endokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. K.-M. Derwahl, Berlin
Beirat:
Dr. U. Deuß, Köln
Dr. M. Droste, Oldenburg
Prof. Dr. F. Raue, Heidelberg
Dr. F. Herrmann, Leipzig
Prof. Dr. M. Hüfner, Göttingen
Dr. D. Lüdecke, Hamburg
Priv.-Doz. Dr. M. Ventz, Berlin

Sektion Reproduktionsbiologie und -medizin

Sprecher:
Prof. Dr. W. E. Merz, Heidelberg
Beirat:
Prof. Dr. B. Hoffmann, Giessen
Prof. Dr. W. G. Rossmanith, Karlsruhe
Prof. Dr. H. van der Ven, Bonn
Prof. Dr. L. Wildt, Innsbruck

Sektion Neuroendokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. H. L. Fehm, Lübeck
Beirat:
Dr. A. del Rey, Marburg
Prof. Dr. rer. nat. E. Fuchs, Göttingen
Priv.-Doz. Dr. J. Honegger, Freiburg
Prof. Dr. C. Kirschbaum, Dresden
Prof. Dr. G. K. Stalla, München
Prof. Dr. A. Steiger, München

Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes

Herausgeber:
Prof. Dr. T. Gudermann, Marburg (DGE)
Prof. Dr. H. Schatz, Bochum (DÖG)

European Journal of Endocrinology

Mitherausgeber:
Prof. Dr. B. Alloio, Würzburg
Prof. Dr. C. Strasburger, Berlin
Priv.-Doz. H. Krude, Berlin
Dr. J. Dötsch, Erlangen (Highlights Group)

Vertreter in der International Society of Endocrinology

Prof. Dr. H. Lehnert, Magdeburg
Prof. Dr. E. Nieschlag, Münster
Priv.-Doz. B. Saller, Karlsruhe

Vertreter in der European Federation of Endocrine Societies

Prof. Dr. H. Lehnert, Magdeburg
Prof. Dr. T. Gudermann, Marburg
Priv.-Doz. B. Saller, Karlsruhe

Vertreter bei der European Union of Medical Specialists (UEMS)

Prof. Dr. K. Badenhop, Frankfurt
Dr. V. Büber, Berlin

Kommission Fort- und Weiterbildung

Sprecher:
Prof. Dr. J. Hensen, Hannover
Beirat:
Prof. Dr. K.-M. Derwahl, Berlin
Dr. M. Droste
Dr. T. Eversmann, München
Prof. Dr. K. Mann, Essen
Priv.-Doz. Dr. K. Mohnike, Magdeburg
(Vertreter Prof. Dr. H. Dörr, Erlangen)
Assoziiertes Mitglied:
Prof. Dr. A. von zur Mühlen, Hannover
Priv.-Doz. Dr. R. Finke, Berlin

Kommission Berufspolitik

Sprecher:
Priv.-Doz. Dr. R. Finke, Berlin
Beirat:
Dr. T. Eversmann, München
Prof. Dr. M. Grubendorf, Stuttgart
Prof. Dr. G. Hintze, Bad Oldesloe
Prof. Dr. F. Raue, Heidelberg

Kommission Leitlinien

Sprecher:
Prof. Dr. K. Mann, Essen

Kommission Mentorennetzwerk und Weissbuch Endokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. B. Alloio, Würzburg
Prof. Dr. G. Brabant, Hannover

Kommission Modellambulanzen und DRG's

Sprecher:
Prof. Dr. H. U. Häring, Tübingen
Prof. Dr. P. Schumm – Dräger, München

Endokrinologie Informationen
ISSN 0721-667-X

Impressum

Verantwortliche Schriftleitung

Prof. Dr. rer. nat. Hubertus Jarry, Universitäts-
frauenklinik, Klinische & Experimentelle Endo-
krinologie, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Tel.: +49(0)551 396522, Fax: +49(0)551 396518
E-mail: hubjarry@med.uni-goettingen.de
Manuskripte an die Schriftleitung bitte
als Ausdruck sowie an die angegebene
E-mail-Adresse senden.

Geschäftsstelle der DGE

Geschäftsführer: Gerd-Peter Buyken, Klinikum
der Ruhr-Universität Bochum,
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum,
Tel.: 02 34/978 89-30, Fax: 02 34/978 89-31
E-mail: DGE@endokrinologie.net
www.endokrinologie.net

Verlag

Karl Demeter Verlag
in Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711/8931-0
www.thieme.de

Leserservice

Telefon: 0711/8931-333
Fax: 0711/8931-133
E-mail: kunden.service@thieme.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

pharmedia Anzeigen und Verlagsservice GmbH,
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart,
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart,
Telefon 0711/8931-466,
E-mail: Manfred.Marggraf@thieme.de

Erscheinungsweise

Die Endokrinologie Informationen erscheinen
5-mal jährlich. Der Bezug ist für Mitglieder der
DGE als Beilage der Zeitschrift Experimental and
Clinical Endocrinology und Diabetes kostenlos.
Einzelheftpreis € 8,20 zuzüglich Versandkosten.

Wichtige Hinweise

Geschützte Warenbezeichnungen oder Handels-
namen werden nicht in jedem Fall besonders
kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen
Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass
es sich um einen freien Warennamen handelt.
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen
Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen
Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zu-
stimmung des Verlages unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen – auch
z.B. durch Fotokopie –, Übersetzungen, Mikrover-
filmungen und die Einspeicherung und Verarbei-
tung in elektronischen Systemen.
Für Angaben über Dosierungsanweisungen und
Applikationsformen kann vom Verlag keine Ge-
währ übernommen werden. Jeder Benutzer ist an-
gehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipack-
zettel der verwendeten Präparate und gegebenen-
falls nach Konsultation eines Spezialisten festzu-
stellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Do-
sierungen oder die Beachtung von Kontraindika-
tionen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift
abweicht. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt
auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Ver-
lag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auf-
fallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Printed in Germany

Satz: Druckerei Sommer, Feuchtwangen
Druck und Bindung: Druck- und Verlagshaus
Alois Erdl, Trostberg
© Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York 2005

Jahresstatistik 2004 der Homepage der DGE

Die Besucher- und Abfragestatistik für die Homepage der DGE im Jahr 2004 ist in der folgenden Tabelle getrennt nach den durchschnittlichen täglichen und den gesamten Zugriffen pro Monat aufgelistet. Der Einbruch der Zugriffe im April 2004 resultiert aus einer Umstellung der Datenerfassung, sodass nur der halbe Monat April ausgewertet werden konnte.

Die Zugriffszahlen haben sich auf ca. 180 Besuche pro Tag stabilisiert, was aber sicherlich durch wei-

tere Verbesserung der Homepage noch zu steigern ist. Vorschläge zur Verbesserung der Inhalte und der Benutzerfreundlichkeit sind jederzeit willkommen.

Als nächste Erweiterung ist eine englischen Version der Homepage geplant.

Mit besten Grüßen
Hubertus Jarry

Statistik für www.endokrinologie.net im Jahr 2004

Durchschnitt pro Tag

Monat	Anfragen	Dateien	Seiten	Besuche	Kbytes
Dezember	7267	5743	1035	166	47839
November	10616	7732	1373	203	60741
Oktober	11152	8376	1560	225	62892
September	11088	7953	1520	210	50445
August	9018	6550	1221	184	37717
Juli	10257	7667	1308	189	43656
Juni	8650	6120	1122	165	38031
Mai	8788	5840	1076	143	39890
April	5642	4365	652	122	15632
März	9500	6849	1049	182	26398
Februar	9306	6839	1063	188	28558
Januar	9147	6878	1028	202	27083

Gesamt pro Monat

Dezember	225278	178035	32086	5146	1483024
November	318489	231989	41215	6113	1822226
Oktober	345723	259659	48381	6996	1949654
September	332669	238600	45610	6313	1513336
August	279570	203070	37873	5729	1169213
Juli	317994	237700	40576	5880	1353347
Juni	259521	183603	33676	4979	1140933
Mai	272452	181061	33384	4442	1236605
April	84642	65481	9789	1842	234482
März	294512	212334	32546	5644	818343
Februar	269887	198335	30842	5466	828179
Januar	283583	213226	31893	6275	839565
Gesamt 2004	3284320	2403093	417871	64825	14388907

Weiterbildung Endokrinologie-Assistent/-in DGE

Information

Ziel

Die Weiterbildung soll medizinisches Assistenzpersonal befähigen, in einer speziellen Einrichtung für Endokrinologie die Organisation und Durchführung endokrinologischer Diagnostik in Zusammenarbeit mit den Ärzten zu übernehmen und bei klinisch wissenschaftlichen Studien zu assistieren.

Endokrinologie-Assistenten/-innen sollen geschult werden in der Beratung und Langzeitbetreuung von Patienten (Erwachsene und Kinder) mit endokrinologischen Erkrankungen, um ihnen und ihren Eltern als kompetente Berater/-innen zur Verfügung zu stehen.

Zugangsvoraussetzungen

Zur Weiterbildung wird zugelassen, wer

1. nach § 1 Abs. 1 Nrn. 1 oder 2 des Krankenpflegegesetzes die dort genannten Berufsbezeichnungen (z. B. Krankenschwester/-pfleger) führen darf
2. eine Ausbildung als Arzthelfer/-in erfolgreich abgeschlossen hat
3. eine Ausbildung als medizinisch technische/r Assistent/-in erfolgreich abgeschlossen hat
4. vergleichbare Berufsgruppen, die über ausreichende Vorkenntnisse in einer endokrinologischen Einrichtung verfügen (Die Zulassung entscheidet der Ausschuss Schulung und Weiterbildung der DGE)

Alle genannten Berufsgruppen sollten mind. 1 Jahr in einer entsprechenden Einrichtung gearbeitet haben und bei der Durchführung von üblicher Funktionsdiagnostik mitgewirkt haben.

Zeitlicher Rahmen (2005/2006)

Der Umfang beträgt analog zur Weiterbildung anderer nichtärztlicher Assistenzberufe ca. 240 Stunden in theoretischem und 40 Stunden im Rahmen einer Hospitation.

Die theoretische Weiterbildung wird in 5 Blöcken angeboten:

14. – 25. 11. 2005	13. 02. – 17. 02. 2006
16. – 20. 01. 2006	08. 05. – 12. 05. 2006
	03. 07. – 07. 07. 2006

Ihre praktische Weiterbildung erfolgt nach Ihrer Wahl in einer renommierten Einrichtung (Praxis, Klinik, Universität), die vom Weiterbildungsausschuss der DGE anerkannt ist.

Inhalte

1. Pathophysiologie endokrinologischer Erkrankungen im Erwachsenen- und Kindesalter
2. Endokrinologische Fragestellungen in der Gynäkologie & Reproduktionsmedizin
3. Grundlagen zur Diagnostik endokrinologischer Erkrankungen
4. Grundlagen zur Therapie endokrinologischer Erkrankungen
5. Pädagogisch didaktische Grundkenntnisse
6. Kommunikation und Interaktion in einer Beratung für Erwachsene und Kinder
7. Psychologische Grundkenntnisse, Entwicklungspsychologie
8. Grundkenntnisse zur Durchführung klinisch-wissenschaftlicher Studien
9. Grundkenntnisse zur Qualitätssicherung

Kosten

Die Kosten für die Weiterbildung belaufen sich auf 1.700 Euro, zuzüglich 100 Euro Prüfungsgebühr.

Unterbringung

Eine Unterbringung in unserem einfach ausgestatteten Wohnheim ist je nach Auslastung zum Preis von 50 Euro pro Unterrichtswoche (zuzüglich 25 Euro Reinigungspauschale) möglich.

**Vorsitzender der Weiterbildungskommission
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
DGE:**

Prof. Dr. J. Hensen
Klinikum Hannover Nordstadt

Ärztliche Kursleiter:

Dr. Th. Eversmann
Prinz-Regenten-Platz 11
81675 München
Tel.: 089/4130080

Priv.-Doz. Dr. N. Greb
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Westf. Wilhelmsuniversität Münster
Albert-Schweitzer-Str. 33
48149 Münster
Tel.: 0251/830

Information:

Alte Michaelschule am Mathias-Spital Rheine
Frau Dipl.-Pflegerw. Brigitte Osterbrink
Frankenburgstr. 31
48431 Rheine
Tel. (05971) 42-1110
Email: b.osterbrink@mathias-spital.de

Bewerbung an:

Geschäftsstelle der DGE
Bürkle-de-la-Camp Platz 1
Herrn Th. Maas
44789 Bochum
Tel/Fax 0234/9788930/31
Email: dge@endokrinologie.net
www.endokrinologie.net



**Alte Michaelschule am Mathias-Spital Rheine
Akademie für Gesundheitsberufe**

**Weiterbildungsstätte Endokrinologie-
Assistent/In DGE**

Staatlich anerkannte Krankenpflegeschule
Staatlich. anerk. Rettungsassistentenschule
Staatl. anerk. Weiterbildungsstätte für Intensivpflege
und Anästhesie
Staatl. anerk. Podologenschule
Staatl. anerk. Altenpflegeschule
Fort- und Weiterbildung im Rettungsdienst
Fort- und Weiterbildung in der Pflege
Weiterbildungsstätte Diabetesberater/In DDG

Frankenburgstraße 31
48431 Rheine

Sekretariat Frau Burkert:

Tel. (05971) 42-1111
Fax (05971) 42-1116

Leiterin der Akademie:

Brigitte Osterbrink
Dipl. Pflegetwirtin

NIH – DFG Research Career Transition Awards

Sehr geehrte Mitglieder der DGE,

Herr Professor Strasburger macht darauf aufmerksam, dass das NIH und die DFG ein gemeinsames Programm ausgehandelt haben, das sehr attraktiv er-

scheint. Nähere Informationen finden Sie unter: <http://fellowshipoffice.niddk.nih.gov/NIH-DFG/Program-Summary.htm>.

Mit freundlichen Grüßen: Thomas Maas

NIH – DFG Research Career Transition Awards Summary of Program

Brief Description

Five- or Six-Year Research Career Transition Award (Postdoctoral Fellowship to First Faculty Appointment)
Basic Sciences or Clinical Research

Eligibility

Postdoctoral Fellows (PhD's and MD's) from Germany
Must be within four (4) years of receipt of graduate degree

Two Phases of Mentored Research Training and Support

Phase I (Postdoctoral Fellowship at NIH)

- 2-3 Years within Intramural Research Program at NIH (principally Bethesda, MD but also including Baltimore and Frederick, MD; Research Triangle Park, NC; Phoenix, AZ, and Rocky Mountain Laboratory, MT)
- Fellows will apply in advance for two or three years (maximum) at NIH; if two, there is flexibility and Fellows can extend for a third year; decision is entirely up to Fellow and NIH mentor
- Financed by NIH through its Institutes and Centers which provide stipend support and benefits to Fellow through regular mechanism of Visiting Fellow Program; research and travel funds also covered as part of standard fellowship experience
- There will be a uniform package among all Institutes with regard to stipends. The following pay scale applies for this year (through May, 2005). It is likely that there will be a 3.7% cost-of-living ad-

justment effective January 1, 2005 and an additional raise effective in May, 2005, but these have not been officially approved as yet.

Years of Experience	Annual Stipend
0-1	\$ 40,200
1-2	\$ 42,800
2-3	\$ 45,400
3-4	\$ 48,500

- NIH will pay the cost of coach airfare for the Fellow and his/her dependents to the US up to a maximum amount of \$ 2,000
- DFG agrees to fund up to four (4) trips to Germany in preparation for Phase II.

Phase II (DFG, Germany)

- DFG will provide funding for a Temporary Position as Principal Investigator in Germany for two (2) years with the possibility of applying for a third year
- Starting salary will be ? 58,000 (\$ 72,500) per year, the standard through the German Federal system
- DFG will also provide a total of ? 30,000 (\$ 37,500) for Laboratory Personnel-Research Support-Supplies as part of the Award
- Awardees are also eligible to apply for a Junior Research Group Leadership Position, a more advanced, larger monetary award that can lead to a tenure-track position

Number of Awards

Up to fifteen (15) as a start

Application Procedure

- Postdoctoral Fellows submit applications to Program from Germany
- Two application deadlines a year: early Spring and early Fall
- Candidates must identify an NIH Mentor/Principal Investigator who will be directly responsible for supervising research activities and for establishing a career development plan – identification of a suitable NIH Mentor is a requirement of the original application and a vital component of the evaluation procedure
- Applications are reviewed and awards made by a new Review Panel/Award Selection Committee composed of German and NIH scientists (total number and proportions to be determined, but likely will be roughly equal)
- Study Section meetings will take place in Germany (probably 50-75% of the time) and in US (about 25-50% of the time)
- Decisions generally made within four (4) months of application deadline

Oversight

- NIH-wide Committee should be set up to track and monitor progress including annual meeting with awardees who present their research findings (graduate school model); the Director of the Washington Office of the DFG should be present as an observer
- NIH Committee should file a yearly report with DFG/University officials
- In the second and third years at NIH, all awardees will be encouraged to attend a specially convened Research Conference in Germany to present their scientific accomplishments and to re-connect with the academic establishment back home; this might take place in conjunction with a large, well-attended Scientific or Medical Conference
- In final year at NIH, awardees will submit a proposal to the DFG administration outlining plans for their return home and identifying their choice of university or research institute
- Also, during the three-year NIH intramural phase, DFG will provide Travel Funds for trips back home for annual progress review and for maintenance of a connection with the scientific establishment and academic infrastructure in Germany

Last Updated: 1/28/2005

Forschungsprojekt zur Intersexualität

Katamnestiche Untersuchung bei adolescenten Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Formen der Intersexualität.

Projekt der DFG Klinische Forschergruppe: Intersexualität – vom Gen zur Geschlechtsidentität

Projektleitung: Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt

Institut für Sexualforschung, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Der Begriff Intersexualität umfasst unterschiedliche Diagnosegruppen, bei denen Abweichungen bezüglich der Geschlechtsdeterminierung und -differenzierung, das heißt zwischen chromosomaler, gonadaler, genitaler, hormoneller und phänotypischer Ebene festgestellt werden. Dabei gibt es viele verschiedene Ursachen und Erscheinungsformen. Die häufigsten sind das Adrenogenitale Syndrom (AGS) bei 46,XX Chromosomensatz, sowie die komplette oder partielle Androgenresistenz (CAIS und PAIS, bzw. testikuläre Feminisierung), Störungen der Androgen Biosynthese (z.B. 5- Reduktase II Mangel und 17 β HSD III Mangel) und die Gonadendysgenesien bei 46, XY Chromosomensatz. Fast alle betroffenen Personen leben trotz des männlichen Chromosomensatzes in der weiblichen Geschlechtsrolle (XY Frauen) und kommen daher häufig auch in die gynäkologische Praxis.

Oftmals, insbesondere bei einem nicht eindeutigen Genitale, wird die Intersexualität gleich nach der Geburt festgestellt. Manchmal wird die untypische Geschlechtsentwicklung jedoch erst im Laufe der Kindheit zufällig erkannt oder in der Pubertät, wenn die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale ausbleibt. Bei nichteindeutigen Geschlechtsteilen stellt sich die Frage, welchem Geschlecht das Kind zugeordnet werden soll. Nach der bisherigen Behandlungspraxis wurden die betroffenen Kinder oftmals sehr früh in ihrem Leben operativen und/oder hormonellen Behandlungen unterzogen, um ein möglichst eindeutiges Erscheinungsbild zu erreichen. Dieser Behandlungsansatz geht auf Richtlinien zur Behandlung und Erziehung von Kindern mit nicht eindeutigen Genitale zurück, die John Money in den 50er Jahren entwickelt hat. Darin plädiert er u.A. für genitalkorrigierende Operationen vor dem 18.–24. Lebensmonat, da die Entwicklung der Geschlechtsidentität bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen sei und eine spätere Geschlechtszuweisung diese Entwicklung behindern würde. Des Weiteren sieht er die Geheimhaltung der Diagnose und der erfolgten operativen Maßnahmen vor, da seiner Meinung nach die psychose-

xuelle Gesundheit mit weitgehend ungestörter Geschlechtsrolle, Geschlechtsidentität und sexueller Funktion nur möglich sei, wenn das Kind und seine soziale Umgebung nichts von den Behandlungen in der frühen Kindheit erfahren.

Sowohl neuere Forschungsergebnisse, die zeigen, dass das Geschlechtsrollenverhalten nicht nur durch die Erziehung bestimmt, sondern auch durch pränatale Androgenwirkungen beeinflusst wird, als auch die Kritik der Betroffenen selbst, vor allem an der Art und dem Zeitpunkt der chirurgischen Eingriffe, der mangelnden Aufklärung und sowie dem Umgang mit Diagnosemitteilungen bzw. deren Tabuisierung und Verheimlichung, lassen Zweifel an der Angemessenheit dieser Behandlungsempfehlungen aufkommen.

Die Hamburger Forschergruppe Intersexualität untersucht in Kooperation mit der Abteilung für Pädiatrische Endokrinologie des Universitätsklinikums Schleswig Holstein (Standort Lübeck, Leitung Prof.Hiort) in einer bundesweit angelegten katamnestiche Studie einerseits die körperliche und psychische Entwicklung und die Behandlungserfahrungen von erwachsenen Personen mit verschiedenen Formen der Intersexualität, aber auch ihr soziales Leben, ihre Interessen und Intersexualitätsbedingten bzw. spezifischen Schwierigkeiten und Erlebnisse nicht nur im Bereich der Sexualität. Dabei spielt die Traumatisierung durch die Krankheit selbst, aber auch durch den Umgang damit eine wichtige Rolle. Ziel der Studie soll es sein, Schlussfolgerungen für die Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit Intersexualität ziehen zu können und ein angemessenes Behandlungsmodell für die Betreuung von Personen mit Intersexualität zu entwickeln.

Die Untersuchung der Patienten findet mit Hilfe eines Fragebogens statt, den die Betroffenen wahlweise im Hamburger Institut für Sexualwissenschaften unter Betreuung einer/eines Psychologin/en

oder aber zu Hause ausfüllen können. Jeweils vor und nach der Bearbeitung des Fragebogens werden den Teilnehmern entweder vor Ort oder per Telefon Beratungsgespräche mit den im Projekt arbeitenden Psychologen und Psychologinnen angeboten. Falls die Teilnehmer von auswärts anreisen, bekommen sie die Fahrtkosten und gegebenenfalls die Übernachtungskosten erstattet.

Da die Inzidenzrate einiger Formen der Intersexualität sehr gering ist, ist es von großer Bedeutung, dass möglichst viele betroffene Personen an dieser Studie teilnehmen und ihre Erfahrungen und Sichtweisen in die Untersuchung einfließen lassen. Nur so lassen sich gezielte Fragestellungen Diagnose-

spezifisch untersuchen. Die Hamburger Forschergruppe ist daher weiterhin auf der Suche nach Personen mit verschiedenen Formen der Intersexualität, die bereit sind, an der Studie teilzunehmen. Soweit Sie betroffene Personen in Behandlung haben oder hatten möchten wir Sie bitten diese auf die Studie aufmerksam zu machen.

Weitere Informationen zum Forschungsprojekt können unter www.forschergruppe-intersex.de abgerufen oder telefonisch unter 040/42803-7766 oder -7765 (Frau Dipl. Psych. Huschka und Herr Dr. Schützmann) am günstigsten zwischen 10.00 und 11.00 erfragt werden.

Anzeige Lindopharm

Prof. Dr. Ursula Kuhnle-Krahl
Institut für Kinder- und Jugendmedizin
Pippinplatz 4
82131 München
E-Mail: ursula.kuhnle@kinderarzt.com



„Internationale Zusammenarbeit“ Ein neues Gremium der Endocrine Society

Nach jahrelanger Vorarbeit wurde im Juni 2004, während der Jahrestagung der Endocrine Society in New Orleans, ein neues Gremium innerhalb des Vorstands der Endocrine Society geschaffen, nämlich die „Kommission für Internationale Zusammenarbeit“.

Vorsitzender dieser Kommission ist derzeit Prof. Dr. John Funder aus Australien, Mitglieder sind neben mir, Prof. Dr. Paul Webb und Frau Prof. Dr. Lynette Niemann, aus den USA, Prof. John Wass aus Großbritannien, Frau Prof. Dr. Valerie Guimaraes aus Brasilien, und Herr Prof. Dr. Hironobu Sasano aus Japan. Außer Herrn Dr. Sasano, sind alle Mitglieder auch noch in anderen Kommissionen der Endocrine Society tätig, ich selbst bin bereits seit einem Jahr Mitglied des Ethischen Beirats.

Das Gremium trifft sich dreimal jährlich; und steht über E-mail bzw. Telefonkonferenzen miteinander in Verbindung. Seine Aufgaben sind im folgenden „Mission Statement“ festgelegt:

International Relations Committee

MISSION (October 2004):

To ensure international operations are woven into the entire fabric of the Society to meet the needs of the international constituency and the Society as a whole. To support the Society's strategic plan and international constituency.

The International Relations Committee (IRC) will report directly to Council. Its members will be linked

closely to the programs and operations of the Society through concurrent membership of other key Society groups. The IRC will work with committees as the impetus or supportive group on international issues, opportunities, collaboration and programs that are of interest to the international community and the Society as a whole.

GOALS AND OBJECTIVES (October 2004):

1. Lead the Society in its efforts to ensure that all activities and operations incorporate the international perspective;
2. Identify cost effective programs and services with appropriate returns that address the professional needs of the international constituency;
3. Identify realistic opportunities for the Society in international outreach and development including mutually beneficial collaborations with other international societies;
4. Assist in the appointment of international members to serve the Society in various leadership capacities; and
5. Represent and advocate for the perspectives of individual international members.

Ich würde mich freuen wenn ich diese Aufgaben auch für die deutschen Mitglieder der Endocrine Society, zur Zufriedenheit aller erledigen kann. Dazu benötige ich Ihre Ideen und Ihre Unterstützung. Ich hoffe darauf in dieser Aufgabe von allen Mitgliedern der DGE Anregungen und Hilfe zu erhalten.

STATEMENT DER KOMMISSION HORMONTOXIKOLOGIE

FINASTERID BEI MÄNNLICHER GLATZENBILDUNG FINASTERID 1 MG (PROPECIA®) ZUR THERAPIE DER ANDROGENETISCHEN ALOPEZIE DES MANNES

Verfasst von Prof. Dr. med. Hans Wolff

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität

Jeder zweite Mann entwickelt im Lauf seines Lebens androgenetischen Haarausfall. Trotz zahlreicher Angebote in Drogerien und Apotheken, stehen diesen Männern lediglich zwei Therapeutika zur Verfügung, die Ihre Wirksamkeit in doppelblinden, placebo-kontrollierten Studien bewiesen haben: Minoxidilhaltiges Haarwasser (Regaine Männer®) und Finasterid-1-mg-Tabletten (Propecia®) [20, 23]. Im Folgenden sollen die Eigenschaften von Finasterid als Medikation gegen die androgenetische Alopezie des Mannes erörtert werden.

Pathogenese der androgenetischen Alopezie

Der amerikanische Anatom Hamilton definierte in seiner klassischen Arbeit aus dem Jahr 1942 die entscheidenden Faktoren für die Ausbildung einer androgenetischen Alopezie: Genetik, Androgene und Lebensalter [6]. Neben dem Lebensalter, in dem sich die Glatze manifestiert, sind auch Schnelligkeit und Umfang der Glatzenbildung genetisch festgelegt. Wahrscheinlich sind es mehrere Gene, die man jedoch im einzelnen noch nicht kennt [7, 10].

Die genetische Komponente kann man sich als Sanduhr vorstellen [21]: Jeder einzelne Haarfollikel am behaarten Kopf hat eine genetisch festgelegte Lebensspanne. Solange diese Lebenszeit-Sanduhr läuft, ist der Haarfollikel gegen den negativen Einfluss der Androgene geschützt. Bei manchen Männern sind die Sanduhren der frontalen Haarfollikel bereits mit 20 Lebensjahren abgelaufen, während die Haarfollikel am Haarwirbel (Vertex) erst mit 30 oder 40 Jahren abgelaufen sind. Am Hinterkopf ist die Lebenszeit-Sanduhr blockiert – hier fallen die Haare nie aus.

Wenn die Lebenszeit-Sanduhr abgelaufen ist, wird der Haarfollikel empfindlich gegenüber Androgenen.

Am behaarten Kopf bedeutet dies, dass er in den folgenden Jahren schrumpft, begleitet von einer immer schnelleren Abfolge immer kürzerer Wachstumszyklen und der Ausbildung immer dünnerer Haare [17, 21]. Die Folge dieses Vorgangs ist, dass sich kräftige Terminalhaare in kurze, dünne Vellushaare umwandeln. Da die Vellushaare die Kopfhaut nicht mehr bedecken können, entsteht eine Glatze.

Die Rolle der Androgene wird durch die von Aristoteles gemachte Beobachtung unterstrichen, dass Eunuchen, also kastrierte Männer, nie eine Glatze entwickeln [6]. Das für die Ausbildung der Alopezie entscheidende männliche Sexualhormon ist Dihydrotestosteron (DHT). Es wird mittels des Enzyms 5 α -Reduktase aus Testosteron metabolisiert [12].

Dass DHT für die androgenetische Alopezie des Mannes wichtiger ist als Testosteron, zeigt eine Gruppe dominikanischer Männer, die 1974 von Imperato-McGinley et al. [8] beschrieben wurde. Wie man heute weiß, haben diese Männer einen autosomal rezessiven 5 α -Reduktase Typ II Mangel, der bei ihnen zu stark erniedrigten Serum-DHT-Spiegeln führt. Bemerkenswert ist, dass diese Männer normale Testosteronspiegel haben und trotzdem nie Akne, androgenetische Alopezie oder Prostatahyperplasie entwickeln. Der primäre Realisationsfaktor der androgenetischen Alopezie ist also nicht Testosteron, sondern DHT.

Auch haben Männer mit androgenetischem Haarausfall in der betroffenen frontalen Kopfhaut signifikant höhere DHT-Spiegel als Männer ohne androgenetische Alopezie [1, 2]. Daher ist die Senkung des DHT-Spiegels durch Hemmung der 5 α -Reduktase ein konzeptionell vielversprechender Therapieansatz der androgenetischen Alopezie.

Wirkprinzip von Finasterid und klinische Studiendaten

Dihydrotestosteron (DHT) entsteht in der Zielzelle aus seinem Vorläufer Testosteron mit Hilfe der 5α -Reduktase. Das Enzym kommt beim Menschen in zwei verschiedenen Isoformen vor, dem Typ I und dem Typ II [12]. Beide Isoformen haben unterschiedliche pH-Optima und Gewebeverteilungen [16]. Besonders der amerikanische Pharmakonzern Merck forschte in den 70er Jahren intensiv nach Substanzen, die die 5α -Reduktasen hemmen können. Klinischer Hintergrund war zunächst die benigne Prostatavergrößerung, da der Testosteronmetabolit DHT auch dort eine wichtige Rolle spielt. Als Substanz mit dem besten Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil wurde für die dann folgenden klinischen Studien Finasterid ausgewählt. Der Wirkmechanismus besteht darin, dass Finasterid aufgrund seiner Ähnlichkeit zum Testosteron irreversibel an die 5α -Reduktase Typ-II bindet [3, 12] und das Enzym somit inaktiviert. Dies führt zur etwa 70%igen Absenkung systemischer DHT-Spiegel [3]. Das Typ-I Isoenzym der 5α -Reduktase wird durch Finasterid nur minimal gehemmt [12]. Finasterid hat eine Halbwertszeit von 5–7 Stunden. Es passiert die Blut-Hirn-Schranke. Bei täglicher Gabe kommt es zu Kumulationseffekten; der Steady-State wird erst nach über 2 Wochen erreicht. Verstoffwechselt wird Finasterid in der Leber. Die enzymatisch inaktiven Abbauprodukte werden hauptsächlich über die Gallensäuren und den Stuhl, zum kleineren Teil auch über den Harn ausgeschieden.

Unter dem Handelsnamen Proscar® ist Finasterid 5 mg seit 1993 weltweit zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie zugelassen [4]. Finasterid wurde seither von Millionen älterer Männer mit sehr gutem Sicherheits- und Nebenwirkungsprofil eingenommen [16].

Zur möglichen Wirksamkeit von Finasterid bei der androgenetischen Alopezie des Mannes wurden zunächst Dosisfindungsstudien durchgeführt. Sie ergaben, dass eine 1-mg-Dosis Finasterid fast genauso wirksam war wie die 5-mg-Dosis [21].

Anschließend wurde die Wirksamkeit von Finasterid 1 mg bei der androgenetischen Alopezie des Mannes in einer zunächst 2-jährigen Phase-III-Multicenter-Studie an 1553 Männern zwischen 18 und 41 Jahren mit aktiver androgenetischer Alopezie belegt [9]. Die Studie wurde mit einer kleineren Anzahl an Probanden fortgeführt und nach 5 Jahren schließlich beendet [5]. Im ersten Jahr der Studie er-

hielt die Hälfte der Probanden 1 mg Finasterid pro Tag, die andere Hälfte eine Placebotablette. Im zweiten Studienjahr erhielten die meisten Teilnehmer Finasterid und nur noch ein kleiner Teil der Männer Placebo. Die beiden wichtigsten Zielparameter der Studie waren die Veränderung der Haarzahl in einem Vertex-Kreisareal und das Erscheinungsbild auf Übersichtsfotografien.

Zur Haarzählung wurden die Haare in dem 5,1 cm² grossen Kreisareal am vorderen Rand der Vertexlichtung auf 1 Millimeter gekürzt und mit einer speziellen Makrokamera photographiert. Die exakte Wiederfindung des Kreisareals auch noch nach 5 Jahren wurde durch eine Tätowierung gewährleistet. Die Zählung der Haare erfolgte ohne Kenntnis der jeweiligen Medikation mit Hilfe computerisierter Bildverarbeitung.

Vergleicht man die Mittelwerte der Haardichten im münzgroßen Testareal zwischen den Behandlungsgruppen, die über 5 Jahre hinweg entweder eine Finasterid-Tablette oder eine Placebotablette erhalten haben, ergibt sich ein immer größer werdender Unterschied: Nach 1 Jahr hatten die mit Finasterid behandelten Männer 126 Haare mehr im Testareal als die mit Placebo behandelten Männer. In den folgenden Jahren nahm der Unterschied immer mehr zu, und nach 5 Jahren betrug er sogar 278 Haare im Testareal. Der immer größer werdende Unterschied ist im ersten Jahr auf die Zunahme der Haardichte bei den Finasterid-Probanden zurückzuführen, danach auf die kontinuierliche Abnahme der Haardichte bei den Placebo-Probanden [9].

Wichtiger als die Haarzahl ist für die Probanden jedoch das Erscheinungsbild. Bei den meisten Placebo-Probanden kam es innerhalb der 5 Studienjahre zum erwarteten Fortschreiten der Haarlichtung, bei manchen weniger, bei anderen stärker. Bei den meisten Finasterid-Probanden verbesserte sich dagegen die Haardichte sichtbar bereits nach etwa 6–12 Monaten. Nach 2 Jahren hatten 66% der mit Finasterid 1 mg behandelten Männer wieder dichteres Haar bekommen, in der Placebogruppe nur 7%. Dieses Verhältnis blieb in den folgenden Jahren gleich [5].

Eine weitere Studie belegte, dass Finasterid 1 mg nicht nur im Vertex, sondern auch frontal die Haardichte positiv beeinflussen kann [11].

Schliesslich wurde kürzlich gezeigt, dass auch ältere Männer zwischen 40 und 60 Jahren noch von der Finasterid 1 mg Anwendung profitieren können [19].

Nebenwirkungen der Finasterid-1 mg-Tablette

Einfluss auf Leber- und Nierenwerte, Blutbild und Lipidprofile

Laborchemisch gab es in der grossen Phase-III-Studie keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Blutbild, Serumelektrolyten, Leber- und Nierenwerten [9].

Wechselwirkungen mit anderen Sexualhormonen

Erwartungsgemäß kam es in der Finasteridgruppe zum Absinken des Serum-DHT-Spiegels um etwa 70%. Durch die gehemmte 5α -Reduktase-Aktivität stieg der Serum-Testosteronspiegel in der Finasteridgruppe um 9% an, von 510 auf 559 ng/dl (Median). Er blieb dabei jedoch immer innerhalb des Referenzbereichs (350–1030 ng/dl). Die hypophysären Hormone FSH und LH blieben unverändert [9, 13].

Libido und Potenz

Die Häufigkeiten der subjektiv empfundenen andrologischen Nebenwirkungen in der Phase-III-Studie verteilten sich in den ersten 12 Monaten auf die Finasteridgruppe (n=779) und die Placebogruppe (n=774) wie folgt:

- Verminderte Libido: 15 versus 10 Probanden (1,9 vs 1,3 %)
- Erektile Dysfunktion: 11 versus 7 Probanden (1,4 vs 0,9 %)

Trotz der hohen Probandenzahlen erreichte keiner der Unterschiede Signifikanzniveau. Die subjektiv wahrgenommenen Nebenwirkungen traten in beiden Gruppen meist im ersten Behandlungsmonat auf und besserten sich dann oft von selbst, obwohl die Medikation weiter fortgeführt wurde [5, 9].

Unter Verwendung eines speziellen Fragebogens, des International Index of Erectile Function, IIEF konnten Tosti et al. bei italienischen Finasterid-Anwendern keine Abschwächung der Potenz feststellen [18].

EINFLUSS AUF DEN PSA-SPIEGEL

Die Serum-PSA-Spiegel sanken in der Finasteridgruppe im Durchschnitt von 0,78 auf 0,52 ng/ml

(normal < 4,0 ng/ml). Es wird empfohlen, bei Männern unter Finasterid-1-mg-Therapie die gemessenen PSA-Werte zu verdoppeln und dann entsprechend zu interpretieren [9].

EJAKULATVOLUMEN UND SAMENQUALITÄT

Durch die Hemmung der Prostatafunktion sinkt das Ejakulatvolumen um ungefähr 20% [15]. Die Samenqualität wird durch ein leicht erniedrigtes Ejakulatvolumen nicht gemindert. Vielmehr definiert sie sich hauptsächlich aus den Parametern Spermatozoendichte und Spermatozoenmotilität.

In Phase-II-Studien wurden diese Aspekte untersucht. Dabei konnten keine Unterschiede hinsichtlich Zahl und Beweglichkeit von Spermatozoen bei Finasterid-Anwendern festgestellt werden [15].

Gefahr für die Partnerin durch Finasterid im Sperma?

Durch die Absenkung des DHT-Spiegels bei schwangeren Frauen kann es zur Störung der männlichen Genitalentwicklung kommen, unter anderem zu falsch angelegten Urethralöffnungen (Epi- und Hypospadien).

Besteht daher bei Männern, die Propecia® einnehmen eine Kondompflicht, da Finasterid aus dem Sperma dieser Männer den Fötus bei schwangeren Frauen schädigen kann?

Mittlerweile weiß man, wieviel Finasterid bei oraler Einnahme von 1 mg Finasterid maximal in den menschlichen Samen übertreten kann. Die Berechnungen ergaben, dass selbst bei Annahme ungünstigster Extremwerte eine Frau mit mehr als drei Litern Sperma pro Tag in Kontakt kommen müßte, damit überhaupt messbare Veränderungen ihrer DHT-Bluthormonwerte eintreten können. Daher haben die Experten der europäischen Gesundheitsbehörden weder für die Fachinformation, noch den Beipackzettel von Propecia eine Kondompflicht jedweder Art vorgeschrieben [22].

Gynäkomastie

Die Inzidenz einer Gynäkomastie bei Finasterid-1-mg-Anwendern liegt weit unter 1% [9]. Eigene Beobachtungen an einem jungen Mann zeigten eine einseitige Gynäkomastie, die sich 6–8 Wochen nach

Absetzen von Finasterid 1 mg wieder zurückbildete. Erklärt werden kann die Gynäkomastie unter anderem durch die um etwa 10% steigenden Testosteronspiegel. Testosteron kann dann durch die Aromatase in Östrogen umgewandelt werden, welches bei Männern mit besonders empfindlichem Brustgewebe ein Wachstum stimulieren kann. Dies ist allerdings ein extrem seltenes Ereignis; meiner Einschätzung nach tritt eine Finasterid-induzierte, reversible Gynäkomastie bei etwa einem pro 1000 behandelten Patienten auf.

Knochendichte

Studien zur Knochendichte ergaben keinen Hinweis auf die Entstehung einer Osteoporose durch Finasterid-Anwendung [14]. Langzeitbeobachtungen über mehrere Jahre gibt es allerdings nicht.

Fazit

Mit der Finasterid-1-mg-Tablette (Propecia®) steht ein nach heutigen Erkenntnissen wirksames und sicheres Arzneimittel zur Behandlung der androgenetischen Alopezie des Mannes zur Verfügung.

Literatur

1. Bingham KD, Shaw DA (1973) The metabolism of testosterone by human male scalp skin. *J Endocrinol* 57:111-121
2. Dallob AL, Sadick NS, Unger W et al. (1994) The effect of finasteride, a 5 alpha-reductase inhibitor, on scalp skin testosterone and dihydrotestosterone concentrations in patients with male pattern baldness. *J Clin Endocrinol Metab* 79:703-6
3. Gormley GJ (1995) Finasteride: a clinical review. *Biomed Pharmacother* 49:319-24
4. Gormley GJ, Stoner E, Bruskewitz RC, al. e (1992) The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 327:1185-1191
5. The Finasteride Male Pattern Hair Loss Group (2002) Long-term (5-year) multinational experience with finasteride 1 mg in the treatment of men with androgenetic alopecia. *Eur J Dermatol* 12:38-49
6. Hamilton JB (1942) Male hormone stimulation is a prerequisite and an incitant in common baldness. *Am J Anat* 71:451-480
7. Hanneken S, Ritzmann S, Nöthen MM, Kruse R (2003) Androgenetische Alopezie – Aktuelle Aspekte eines vertrauten Phänotyps. *Hautarzt* 54:703-712

8. Imperato-McGinley J, Guerrero L, Gautier T, Peterson RE (1974) Steroid 5a-reductase deficiency in men: an inherited form of male pseudohermaphroditism. *Science* 186:1213-1215
9. Kaufman KD, Olsen EA, Whiting D et al. (1998) Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia (male pattern hair loss). *J Am Acad Dermatol* 36:578-589
10. Küster W, Happle R (1984) The inheritance of common baldness: two B or not two B? *J Am Acad Dermatol* 11:921-926
11. Leyden J, Dunlap F, Miller B et al. (1999) Finasteride in the treatment of men with frontal male pattern hair loss. *J Am Acad Dermatol* 40:930-937
12. Liang T, Rasmussen GH, Brooks JR (1983) Biochemical and biological studies with 4-aza-steroidal 5alpha-reductase inhibitors. *J Steroid Biochem* 19:385-390
13. Matzkin H, Chen J, Lewyshon O, Ayalon D, Braf Z (1992) Effects of long term treatment with finasteride (MK-906) a 5-alpha reductase inhibitor, on circulating LH, FSH, prolactin and estradiol. *Horm Metab Res* 24:498-499
14. Matzkin H, Chen J, Weisman Y et al. (1992) Prolonged treatment with finasteride (a 5alpha-reductase inhibitor) does not affect bone density and metabolism. *Clin Endocrinol* 37:432-436
15. Overstreet JW, Fuh VL, Gould J, al. e (1999) Chronic treatment with finasteride daily does not affect spermatogenesis or semen production in young men. *J Urol* 162:1295-1300
16. Rittmaster RS (1994) Finasteride. *N Engl J Med* 330:120-5
17. Runne U, Martin H (1986) Veränderungen von Telogenrate, Haardichte, Haardurchmesser und Wachstumsgeschwindigkeit bei der androgenetischen Alopezie des Mannes. *Hautarzt* 37:198-204
18. Tosti A, Pazzaglia M, Soli M, al. e (2004) Evaluation of sexual function with an International Index of Erectile Function in subjects taking finasteride for androgenetic alopecia. *Arch Dermatol* 140:857-858
19. Whiting DA, Olsen EA, Savin R, al. e (2003) Efficacy and tolerability of finasteride 1 mg in men aged 41 to 60 years with male pattern hair loss. *Eur J Dermatol* 13:150-160
20. Wolff H (2003) Male and female androgenetic alopecia. In: Williams HC: *Evidence-based Dermatology*, BMJ Books, London, S 571-576
21. Wolff H, Kunte C (1999) Die androgenetische Alopezie des Mannes – Pathogenese und Therapie. *Z Hautkr* 74:201-208
22. Wolff H, Kunte C (1999) Therapie der androgenetischen Alopezie mit Finasterid. *MMW Fortschr Med* 37:590-592
23. Wolff H, Trüeb RM (1999) Aktuelle Möglichkeiten zur Behandlung der männlichen Glatzenbildung. *Deutsches Ärzteblatt* 96:2019-2020

**Einladung und Programm zur gemeinsamen Jahrestagung der
Deutschen Gesellschaft für Angewandte Endokrinologie (D.G.A.E.)
und der Sektion Angewandte Endokrinologie (SAE)
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie:**

**17. – 18. Juni 2005
Stadthalle Heidelberg**

**Liebe Mitglieder,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,**

hiermit möchten wir Sie ganz herzlich zur diesjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Angewandte Endokrinologie und der Sektion Angewandte Endokrinologie der DGE einladen.

Mit dieser gemeinsamen Tagung wollen wir versuchen, die Kräfte der Endokrinologen zu bündeln, um gemeinsame Standards für die Diagnostik und Therapie bei unseren Patienten zu etablieren.

Wir haben versucht, ein interessantes Programm zusammenzustellen, das aktuelle Entwicklungen der Endokrinologie berücksichtigt. Wir freuen uns, dass viele renommierte Fachkollegen ihre Zusage für einen Vortrag gegeben haben.

Das Niveau der Tagungen der D.G.A.E. und der SAE profitiert aber auch immer von einer aktiven Beteiligung aller Teilnehmer. Wir möchten Sie deshalb einladen, Kasuistiken zu den Schwerpunktthemen oder zu weiteren Themen einzureichen. Bei einer größeren Anzahl angemeldeter Kasuistiken kann auch am Samstag Nachmittag noch ein eigener Schwerpunkt gebildet werden. Außerdem soll in einer eigenen Sitzung jungen Endokrinologen die Möglichkeit zur Präsentation der Ergebnisse ihrer Promotionsarbeiten gegeben werden.

Nicht zuletzt wollen wir uns in den Mitgliederversammlungen der D.G.A.E. und der SAE und in einer Diskussionsrunde zum Abschluss der Tagung auch organisatorischen und berufspolitischen Fragen widmen, die für die weitere Entwicklung unseres Fachgebietes relevant sind.

Mit der Wahl des Tagungsortes inmitten der Heidelberger Altstadt und mit der „After dinner lecture“ im Prinz Carl Palais ergeben sich auch vielfältige Möglichkeiten, die Historie einer der ältesten deutschen Universitätsstädte etwas näher zu erkunden.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme sehr freuen und erwarten eine interessante und anregende Tagung.

Ihre
Dr. med. Cornelia Jaursch-Hancke
Vorsitzende der D.G.A.E.

Prof. Dr. med. Karl-Michael Derwahl
Sektionssprecher SAE

Prof. Dr. med. Friedhelm Raue
Wissenschaftliche Tagungsleitung

Allgemeine Hinweise

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Friedhelm Raue
Endokrinologisch-Humangenetische
Gemeinschaftspraxis
Brückenstr. 21, 69120 Heidelberg
Tel. 06221-439090; Fax 06221-439099
Friedhelm.Raue@raue-endokrinologie.de

Organisation:
Dr. med. habil. Egbert Schulze;
Dr. rer. nat. Christine Haag
Molekulargenetisches Labor der Endokrinologisch-
Humangenetischen Gemeinschaftspraxis
Im Weiher 12, 69121 Heidelberg
Tel. 06221-658883; Fax 06221-658884
Egbert.Schulze@raue-endokrinologie.de

Tagungsort:
Stadthalle Heidelberg, Ballsaal
Neckarstaden 24, 69117 Heidelberg
Tel. 06221-142260; Fax 06221-142266
www.cvb-heidelberg.de

Anmeldung:
Mit beiliegendem Formular oder per E-mail an
Egbert.Schulze@raue-endokrinologie.de

Tagungsgebühr:
bis zum 31. Mai 70 €; ab 1. Juni 90 €;
Tageskarte 45 €;
Überweisung an die D.G.A.E.
(Konto-Nr. 000 323 1011)
bei der APO Bank Berlin (BLZ 100 906 03)
Kennwort: Jahrestagung D.G.A.E./SAE 2005

Hotelreservierung:
Verkehrsverein Heidelberg
Postfach 105860, 69048 Heidelberg

Tel: 06221-142224; Fax 06221-142222
book@cvb-heidelberg.de; www.cvb-heidelberg.de

Fachausstellung:
Begleitend zur Tagung findet in der Stadthalle Hei-
delberg eine Ausstellung pharmazeutischer, dia-
gnostischer und medizintechnischer Firmen statt.

Zertifizierung:
Bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg
wurde die Zertifizierung beantragt.

PROGRAMM

Freitag, 17. Juni 2005

- 9.00–10.30 Uhr Endokrinologie im Alter
DHEA, Melatonin, Wachstumshormon, Testosteron – mehr Spekulation als Evidenz?
C. Jaurisch-Hancke, Wiesbaden
Östrogentherapie in der Menopause – gibt es noch Indikationen?
T. von Holst, Heidelberg
Alterung der Gefäße: Bedeutung von AGE und RAGE
P. Nawroth, Heidelberg
Kasuistik
N.N.
- 10.30–11.00 Uhr Pause
- 11.00–12.30 Uhr Schilddrüse und andere Autoimmunerkrankungen
Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse – Genetische Grundlagen, immunologische
Therapieansätze
K. Badenhoop, Frankfurt
Selen – ein Schilddrüsen therapeutikum
R. Gärtner, München
Autoimmun-Diabetes
B. Böhm, Ulm
Kasuistik
N.N.
- 12.30–14.00 Uhr Mittagspause
- 13.00–14.00 Uhr Mitgliederversammlung D.G.A.E
- 14.00–15.30 Uhr Neuroendokrine Tumore
Gastroenteropankreatische Tumore (GEP) – konservatives Vorgehen
H. Scherübl, Berlin
Chirurgische Therapie von MEN-1 Tumoren
H. Dralle, Halle
Diagnostik und Therapie mit DOTATOC
U. Haberkorn, Heidelberg
Kasuistik: Unklare Calcitoninerhöhung – Was ist zu tun?
K. Schötta, Wiesbaden

- 15.30–16.00 Uhr Pause
- 16.00–17.00 Uhr Calcium- und Knochenstoffwechsel
 Osteoanabole Substanzen
 E. Blind, Würzburg
 Erkrankungen durch Mutationen des Ca-sensing Rezeptors
 F. Raue, Heidelberg
 Kasuistik
 N.N.
- 17.00–18.00 Uhr Mitgliederversammlung SAE der DGE
- 19.00–21.00 Uhr Empfang im Prinz Carl Palais
- 20.00 Uhr After Dinner Lecture
 „Zu klein, zu groß, zu dick, zu dünn?“
 M.B. Ranke, Tübingen

Samstag, 18. Juni 2005

- 9.00–10.30 Uhr Schilddrüse
 Angeborene Schilddrüsenerkrankungen
 H. Krude, Berlin
 Herzerkrankungen bei Schilddrüsenfunktionsstörungen
 G. Kahaly, Mainz
 Minimal invasive Schilddrüsenchirurgie
 R. Wahl, Frankfurt
 Kasuistik
 N.N.
- 10.30–11.00 Uhr Pause
- 11.00–12.00 Uhr Junge Endokrinologen
 Präsentation von klinisch orientierten Doktorarbeiten
- 12.00–13.00 Uhr Diabetes mellitus
 Insulinanaloga, pro – kontra
 – Aus Sicht des Pharmakologen
 U. Schwabe, Heidelberg
 – Aus Sicht des Diabetologen
 M. Kellerer, Stuttgart
 Kasuistik
 N.N.
- 13.00–14.00 Uhr Mittagspause
- 14.00–15.00 Uhr Berufspolitische Diskussionsrunde
 Regelleistungsvolumina, morbiditätsbezogener EBM 2000plus (ggf. mit KV-Vertreter)
- 15.00 Uhr Ende

Alle Vorträge maximal 20 min, 5 min Diskussion. Für alle Themenschwerpunkte sind außerdem 1–2 freie Vorträge (5 min) nach Anmeldung durch die Teilnehmer möglich (z.B. Kasuistik).

Anmeldung

**Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angewandte Endokrinologie (D.G.A.E.)
und der Sektion Angewandte Endokrinologie (SAE) der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
17. bis 18. Juni 2005 in Heidelberg**

bitte per FAX an 06221/658884

Tagungsgebühren:

- 70 € bis 31. Mai 2005
 90 € ab 1. Juni 2005
 45 € Tageskarte

Name, Vorname _____

Klinik, Praxis, Institut _____

Abteilung _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

e-mail _____

Zahlung per Überweisung auf das Konto der D.G.A.E.

Konto 000 323 1011 bei der APO Bank Berlin (BLZ 100 906 03)

Verwendungszweck: Jahrestagung D.G.A.E. / SAE 2005

Datum, Unterschrift



Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster

Kongress der Deutschen Menopause Gesellschaft 17.6. bis 18.6.2005 in Münster

Hormontherapie – Fluch oder Segen?

- Freie Vorträge und Posterpräsentation
- Podiumsdiskussion
- Interpretation von neuen Studienergebnissen
- Kasuistiken aus der Hormonsprechstunde
- Interaktive Workshops
- Plenarvorträge und Lunchsymposia
- Empfehlungen und Leitlinien

Aktuelle Themenbereiche

- Osteoporose: Diagnostik – Prophylaxe – Therapie
- Lebensqualität
- Dermatologische Erkrankungen
- Androgensubstitution bei Frauen – Was ist dran?
- Behandlungsmöglichkeiten der Blutungsstörungen
- Hormonersatztherapie bei internistischen und bösartigen Begleiterkrankungen
- Alternative Therapieansätze
- Climakterium praecox

2005

Tagungspräsident
Prof. Dr. Ludwig Kiesel

www.menopause-gesellschaft.de





Westfälische
Wilhelms-Universität
Münster

Kongress der Deutschen Menopause Gesellschaft 17.6. bis 18.6.2005 in Münster

Ich wünsche die Zusendung des endgültigen Programmes und Anmeldeformulars:

Zuname, Titel: _____

Vorname: _____

ggf. Klinik: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Niedergelassen Klinik Andere

Ort, Datum, Unterschrift _____

Kongresssekretariat und Auskunft:

Gabriele Wickert
Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster

Telefon: 0251 - 835 22 52 oder 0179 - 760 82 22
Fax: 0251 - 835 64 97
E-mail: gabriele.wickert@mednet.uni-muenster.de

Fax: 0251 - 835 64 97

**47. Bundeskongress VDD e.V.
6. Jahrestagung BDEM e.V.
in Kooperation mit dem VDOE e.V.**

18. – 20. Mai 2005, Messe Nürnberg (CCN)

Kongress-Leitung:

Doris Steinkamp (1. Vorsitzende VDD e.V.)
Prof. Dr. med. Udo Rabast (Präsident BDEM e.V.)
Dr. oec. troph. Andrea Dittrich
(Vorstandsvorsitzende VDOE e.V.)

Geplante Themen:

- Adipositas bei Kindern
- Allergologie
- Ernährungspsychologie
- Ernährungssituation ausländischer Mitbürger
- Ernährungstherapeutische Teams in Klinik und Ambulanz
- Nephrologie
- Neues und Aktuelles aus der Ernährungsmedizin – BDEM Update
- Neues aus Industrie und Wissenschaft
- Pädiatrie
- Präventionsgesetz
- Public Relation und Marketing
- Satellitensymposium

- Verpflegungsmanagement
- Workshop „Ernährung und Bewegung“

Organisation/Auskunft:

Verband der Diätassistenten –
Deutscher Bundesverband e.V.
Postfach 10 51 12, 40042 Düsseldorf
Telefon (0211) 16 21 75; Fax (0211) 35 73 89
E-Mail: vdd-duesseldorf@t-online.de

Die gemeinsame Abendveranstaltung ist geplant am 18. Mai 2005, Beginn 19.30 Uhr.

Die Mitgliederversammlungen des VDD e.V. und des BDEM e.V. finden jeweils am 19. Mai 2005 von 17.00 bis ca. 19.00 Uhr statt.

Aktualisierungen sowie weitere Informationen siehe www.vdd.de – Menü „Kongress 2005“ ab November 2004 online verfügbar. Das endgültige Programm mit den Anmeldeunterlagen wird voraussichtlich Anfang Februar 2005 versandt.

**14. Jahrestagung der Norddeutschen Diabetes Gesellschaft
am 18. – 19. 11. 2005 in Osnabrück**

Termin: 18.–19. November 2005

Ort: Stadthalle Osnabrück

Themenschwerpunkte:

Vorträge, Meet the expert-Sitzungen zu (u.a.):
Insulinresistenz, Adipositas, Typ 2 Diabetes
Prävention, Ernährung, Neue Studien
Diabetisches Fuss-Syndrom
Pädiatrische Diabetologie
Kommunikationsstrategien in Behandlung und Schulung

Wissenschaftliche Tagungsleitung:

Prof. Dr. med. Stephan Matthaei

Diabetes-Zentrum Quakenbrück
Danziger-Str. 2

49610 Quakenbrück

Tel.: (05431) 15 2830

Tel.: (05431) 15 2831 (Sekretariat)

Fax: (05431) 15 2833

E-mail: S.Matthaei@christliches-krankenhaus-ev.de

Tagungssekretär:

OA Stephan Oberstadt

S.Oberstadt@christliches-krankenhaus-ev.de

Anmeldung/ Auskunft:

Karin Mundt, Nicole Schadwinkel

diabetes@christliches-krankenhaus-ev.de

VERANSTALTUNGSKALENDER

APRIL 2005

08.04.2005 – 09.04.2005, Ankara, Turkey
13th EFES Postgraduate Course in Clinical Endocrinology

The scientific program and general information's about the course can be seen in the web site:
<http://www.pcce2005.org>.

Serenas Tourism Congress Organization Co. Ltd.
Cinnah Caddesi No : 28/7 06600 Çankaya - ANKARA
Tel : +90 (312) 467 69 91
Fax : +90 (312) 467 70 62
E-Mail: ccosanoz@serenas.com.tr

16.04.2005 – 18.04.2005, Dresden Germany
The Metabolic Syndrome – a postprandial disease –
A Satellite Symposium of the 1st International
Congress on „Prediabetes and the Metabolic
Syndrome“

<http://www.mspostprandial-dresden2005.de>

Organisation:
INTERCOM
Konferenzservice TU Dresden
Zellescher Weg 3
01069 Dresden
Tel: 0351-463 37026
Fax: 0351-463 37049
E-Mail: awerner@intercom-dresden.de
Web: <http://www.intercom-dresden.de>

MAI 2005

18.05.2005 – 20.05.2005, Nürnberg, Germany
47. Bundeskongress des Verbandes der Diät-
assistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
6. Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher
Ernährungsmediziner (BDEM e.V.)

Kooperationsveranstaltung mit dem Verband der
Diplom Oecotrophologen (VDOE e.V.)
Organisation/Auskunft:
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundes-
verband e.V.
Postfach 10 51 12, 40042 Düsseldorf
Telefon (0211) 16 21 75; Fax (0211) 35 73 89
E-Mail: vdd-duesseldorf@t-online.de

**27.05.2005 – 30.05.2005, Frauenchiemsee,
Germany**

3rd International Conference on the Female Repro-
ductive Tract
Program and call for abstracts:
<http://www.uni-essen.de/anatomie>

JUNI 2005

17.06.2005 – 18.06.2005, Münster, Germany
Kongress der Deutschen Menopause Gesellschaft
Hormontherapie – Fluch oder Segen

Tagungspräsident: Prof. Dr. Ludwig Kiesel

Kongreßsekretariat und Auskunft:
Gabriele Wickert
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster
Telefon: 0251 - 835 22 52 oder 0179 - 760 82 22
Fax: 0251 - 835 64 97
E-Mail: gabriele.wickert@mednet.uni-muenster.de

17.06.2005 – 18.06.2005, Heidelberg, Germany
Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft für Angewandte Endokrinologie (D.G.A.E.)
und der Sektion Angewandte Endokrinologie (SAE)
der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
Weitere Auskünfte finden Sie unter:
http://www.endokrinologie.net/download/file_312.pdf

25.06.2005 – 2.09.2005, Geneva, Switzerland
2nd Joint Meeting of the European Calcified Tissue
Society and the International Bone and Mineral
Society

Kontakt:
Janet Crompton
Conference Organiser
The Old White Hart
North Nibley
Dursley GL11 6DS
United Kingdom
Tel: +41 (0)22 33 99 595
Fax: +41 (0) 22 33 99 631
E-Mail: ects-ibms@mci-group.com
Web: <http://www.ects-ibms-2005.org>

OKTOBER 2005

October 5–8, 2005, Bayreuth, Germany

IV. Symposium of the „German Brain Endocrine Immune Network“ (GEBIN)

Contact:

Adriana del Rey
 Prof. Dr. Adriana del Rey
 Dept. Immunophysiology
 Inst. of Physiology
 Deutschhausstrasse 2
 35037 Marburg
 Germany
 Tel.: +49-6421-2862175
 Fax: + 49-6421-2868925
 www.gebin.org

07.10.2005 – 09.10.2005, Berlin, Germany

Treffen der Jungen Forschung aktiv
 Das vorläufige Programm, sowie weitere Informationen finden sich ab jetzt auf der Homepage unter:
http://www.charite.de/p_endo/YAR/

14.10.2005 – 15.10.2005, Dresden, Germany

9th Annual Meeting of the Neuroendocrinology Section of the German Society of Endocrinology

Contact:

Prof. Dr. G. K. Stalla
 Advisory Board of the Neuroendocrinology Section of the DGE
 Max-Planck-Institute of Psychiatry
 Kraepelinstr. 10

80804 München
 Phone: 089 30622 270
 Fax : 089 30622 605
 E-Mail: stalla@mpipsykl.mpg.de

NOVEMBER 2005

18.11.2005 – 19.11.2005, Osnabrück, Germany

14. Jahrestagung der Norddeutschen Diabetes-Gesellschaft

Wissenschaftliche Tagungsleitung:

Prof. Dr. med. Stephan Matthaei
 Diabetes-Zentrum Quakenbrück
 Danziger-Str. 2
 49610 Quakenbrück
 Tel.: (05431) 15 2830
 Tel.: (05431) 15 2831 (Sekretariat)
 Fax: (05431) 15 2833
 E-Mail: S.Matthaei@christliches-krankenhaus-ev.de

Anmeldung/ Auskunft
 Karin Mundt, Nicole Schadwinkel
 E-Mail: diabetes@christliches-krankenhaus-ev.de

DEZEMBER 2005

07.12.2005 – 11.12.2005, Münster, Germany (Halle Münsterland)

1. DVR-Kongress (Dachverband für Reproduktionsbiologie und -medizin e. V.)