

Inhalt

Editorial

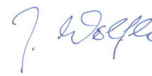
1. Berichte aus den AGs
2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und der AGPD (JA-PED) 2016 in Osnabrück
3. Stipendien, Preise und Deadlines 2017
4. DGKED-Weiterbildungskurs 2017
5. Abschiedssymposium Prof. Hauffa
6. Neues aus Vorstand und Geschäftsstelle
7. JA-PED 2017 Freiburg

Impressum

bitten zu prüfen, welche Ihrer Fallberichte, klinischen Beobachtungen oder Grundlagen-wissenschaftlichen Ergebnisse Sie mit anderen diskutieren und als abstract einreichen könnten.

Wie im vergangenen Jahr gilt: Werben Sie für unser faszinierendes Fachgebiet bei kinderendokrinologisch-/diabetologischem Nachwuchs und nutzen Sie die Möglichkeit Ihre jüngeren oder arrivierteren Mitarbeiter durch Teilnahme am Wettbewerb für einen unserer zahlreichen Preise zu unterstützen und zu profilieren. Oder Sie bewerben sich selbst! Die Chancen stehen gut!

Viel Vergnügen bei der Lektüre wünscht Ihnen im Namen des Vorstands der DGKED



Prof. Dr. Joachim Wölfle
Präsident der DGKED e.V.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das neue Jahr hat bereits kräftig Fahrt aufgenommen, die Zeit ist umgestellt (mit allen chronobiologischen Implikationen auf unsere zirkadiane endokrine Homöostase), und der Frühling bringt vielerorts neuen Elan und Energie. Diesen Schwung möchten wir nutzen, Sie zur aktiven Mitarbeit in einer oder mehrerer unserer Arbeitsgruppen anzuregen, und möchten Sie oder Mitglieder Ihres Teams anregen, sich aktiv an der Verbesserung unserer Leitlinien zu beteiligen. Viele gute Ideen scheitern daran, dass in den einzelnen Zentren nicht ausreichend man-power oder Fallzahlen zu wichtigen endokrin/diabetologischen Fragestellungen vorhanden sind, daher der Aufruf: scheuen Sie sich nicht, gemeinsam mit anderen Kollegen in den AGs kleine und größere Projektideen zu diskutieren, anzupacken und damit unser Fachgebiet weiter voranzubringen. Vielleicht stimuliert Sie das Lesen der Berichte unserer AGs auf unserer letzten Jahrestagung in Osnabrück, sich zu bereits angerissenen oder neuen Themen zu melden und diese gemeinsam mit Kollegen zu bearbeiten.

Während unsere politische Weltordnung derzeit von Mauerbau, Abschotten und Separatismus geprägt zu sein scheint, geht das Organisationsteam der 12. Gemeinsamen Jahrestagung der AGPD und DGKED in Freiburg den umgekehrten Weg getreu dem Motto „wissenschaftlicher Austausch kennt keine Grenzen“, mit Integration der Österreicher und Schweizer Kollegen zu einer D-A-CH-Tagung.

Die Vorbereitungen der Tagung sind schon weit vorangeschritten und wir möchten Sie daher bitten sich bereits jetzt Gedanken zu machen, wie Sie sich aktiv an der Tagung in Freiburg beteiligen könnten. Die Kinderendokrinologie ist ein translationales Fach, das vom Blick über den Tellerrand und der Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen lebt. Dementsprechend ausgerichtet ist unsere Jahrestagung, die in ihrem Mix an Angeboten von der AG-Diskussion bis zum Plenarvortrag sowohl für Kinderendokrinologen und -diabetologen, aber eben auch für andere Fachgebiete interessant sein kann.

Mit der Indianerweisheit „morgen ist der erste Tag vom Rest Deines Lebens“ möchte ich Sie daher schon jetzt

1. Berichte aus den AGs

1.1 Bericht der AG Knochenstoffwechsel

Moderation: D. Schnabel, Berlin

Die AG beschäftigte sich in ihrer Sitzung mit osteodensitometrischen Methoden, deren Einfluss auf die Definition der Osteoporose im Erwachsenenalter sowie deren Interpretationsschwierigkeiten am Beispiel der Cerebralparese. Schließlich wurden kurz aktuelle Studien in Deutschland tabellarisch zusammengefasst.

In einem Übersichtsvortrag fasste S. Bechtold-Dalla Pozza die gängigen Messmethoden zur Knochenevaluation zusammen. Für eine sinnvolle Beurteilung müssen Normwerte für Kinder und Jugendliche vorhanden sein sowie Veränderung durch Wachstum und Muskulatur Berücksichtigung finden. Die Messmethode sollte idealerweise weit verbreitet, schnell, kostengünstig und mit keiner oder einer geringen Röntgenstrahlung verbunden sein. Hervorgehoben wurden die DXA (Dual Energy X-Ray Absorptiometry) und die pQCT-Messung (periphere quantitative Computertomographie). Andere Methoden sind entweder ungeeignet, mit einer zu hohen Strahlenbelastung verbunden oder nur im experimentellen Ansatz derzeit einsetzbar. E. Schönau wies auf die aktuelle Leitlinie der DVO zu Osteoporose 2014 hin. Hierbei beruht die Definition der Osteoporose und der Wahrscheinlichkeit für Frakturen überwiegend auf dem mittels DXA gemessenen T-Wert. In höherem Alter (>75 bei Frauen, >80 bei Männern) aber beruht die Definition der Osteoporose und damit eine Therapieempfehlung ausschließlich auf dem Alter.

I. Duran (Köln) stellte Daten der DXA-Messung bei Patienten mit Cerebralparese vor. In der Literatur wird von einer erniedrigten Knochendichte bei 48-58% der Patienten berichtet. Das Frakturrisiko wird mit 6% pro Jahr als erhöht postuliert. Bei näherer Betrachtung der Daten sind aber primär solche Kinder betroffen, die einen GMFCS Grad III bis V aufweisen. Unter Einbeziehung der Körpergröße und der Muskelmasse verringerte sich bei den Patienten mit GMFCS III bis V der Anteil derer mit einer niedrigen Knochendichte von 63,2 % (nur auf das Alter bezogen) auf 21,4% (korrigiert für Alter, Körpergröße und Muskelmasse).

Zuletzt stellte O. Semler kurz die derzeit in Deutschland

laufenden und geplanten Studien zu Therapien bei Osteogenesis imperfecta, Phosphatdiabetes, sekundärer Osteoporose und Achondroplasie vor. Einige der Mitglieder der Knochen AG sind am BOND ERN der Europäischen Gemeinschaft beteiligt.

1.2 Bericht AG Nebenniere

Moderation: C. Kamrath, Gießen

Die ersten drei Vorträge wurden allesamt von Uta Neumann (Charité, Berlin) gehalten. Im ersten Vortrag stellte sie die aktuellen Phase III-Studiendaten zur Pharmakokinetik von Infacort® (Infacort 003), einem Hydrocortisongranulat der Wirkstärken 0,5 mg, 1 mg, 2 mg und 5 mg, und Berliner Erfahrungen mit dem Studienmedikament vor. Maximale Plasmacortisolkonzentrationen wurden nach ca. 45-60 min. erreicht, 17OH-P Konzentrationen wurden nach ca. 2 Stunden max. supprimiert. Anschließend soll sich eine Langzeitstudie (Infacort 004) mit max. 24 Patienten zur Erfassung der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Infacort bis zur Markzulassung.

Danach berichtete Uta Neumann über die „europäische Notfallkarte“ für Patienten mit Hypocortisolismus. Es wurde danach diskutiert, ob eine Einführung bei pädiatrischen Patienten sinnvoll wäre. Das Plenum begrüßte mit Mehrheit den Vorschlag. Offen waren noch, wer die Kosten (ca. 40 Cent/ Karte) und Verteilung übernehmen könnte. Es wurde vorgeschlagen, dass beides über die DGKED erfolgen könnte. Blankenstein (Berlin) bot eine Verteilung über die Charité an.

Als nächstes stellte Uta Neumann die Studie: 'Management of Fludrocortisone and salt therapy in 0-3 year old children with congenital adrenal hyperplasia (CAH)' vor. Dabei sollen Daten zur Fludrocortison- und Salztherapie von 200 Patienten mit AGS im Alter von 0-3 Jahren über das I-CAH Register dokumentiert und ausgewertet werden. Es folgte eine lebhafte Diskussion darüber, ob zukünftig die AGS Daten über die AQUAPE oder das I-CAH Register dokumentiert und ausgewertet sollten.

Anschließend berichtete Alexandra Kulle (Kiel) über die Methodenentwicklung zur LC-MS/MS Messung von Androsteron und Androstendiol im Plasma. Dadurch können die sog. „Backdoor Steroiden“ im Plasma mittels LC-MS/MS gemessen werden.

Hedi L. Claahsen - van der Grinten (Nijmegen) regte an, über den Term 'Adrenogenitales Syndrom (AGS)' nachzudenken und darüber, ob es sinnvoll wäre, wenn Deutschland sich ebenfalls auf 'Kongenitale Adrenale Hyperplasie' einigen und sich somit dem internationalen Konsensus anpassen könnte.

1.3 Bericht der AG Pubertät und Gonaden

Moderation: J. Rohayem, Münster

Die AG war mit ca. 60 Teilnehmern gut besucht.

Thomas Voelkl, Erlangen, stellte die in Entwicklung befindliche S2 Leitlinie Gynäkomastie vor. Die finale Version wird bei der nächsten Tagung zur erneuten Diskussion gestellt werden.

Die Leitlinie Pubertas praecox wurde von Sabine Heger, Hannover, als S1 Leitlinie in ihrer bestehenden Form zur Diskussion gestellt. Sie bleibt inhaltlich im Wesentlichen unverändert bestehen. Anregungen zur Präzisierung und Verbesserungen werden von den Leitlinienverantwortlichen in Kürze eingearbeitet.

Gunter Simic-Schleicher, Bremen, stellte neue genetische

und pathophysiologische Erkenntnisse zur männlichen und weiblichen Pubertätsverzögerung, sowie neue therapeutische Ansätze bei Pubertas tarda vor. Präzisierungen und Verbesserungen der Leitlinie aus 2009 werden von den Verantwortlichen eingearbeitet.

Julia Rohayem, Münster berichtete über den Stand der Studie zur „Fertilität und TART-Prävalenz bei männlichen Jugendlichen mit Adreno-Genitalem Syndrom“. Die deutschlandweite Rekrutierung von 14-24jährigen AGS-Patienten ist noch im Gange.

Kontakt: Julia.Rohayem@ukmuenster.de

1.4 Bericht zur AG Wachstum und Hypophyse

Moderation: G. Binder, Tübingen, R. Pfäffle, Leipzig

Die AG wurde von ca. 75 KollegInnen besucht. Den Vorsitz hatten die Professorees Pfäffle und Binder.

Herr Prof. Kratzsch (Leipzig) berichtete über IGF-I- und IGFBP3-Messungen in über 3500 Blutproben der LIFE-Child Kohorte. Es ging dabei um die Revalidierung von publizierten Referenzwerten, die der multizentrischen IDS-Referenzwertstudie entstammen.

LIFE-child ist eine prospektive, longitudinale bevölkerungsbasierte Kohorte im Einzugsgebiet Leipzigs. Im Rahmen der LIFE-Child Studie wurden in dieser Kohorte IGF-I- und IGFBP3-Messungen bei 1954 Jungen und 1805 Mädchen vorgenommen, wobei akut und chronisch kranke Kinder ausgeschlossen waren. Die Untersuchungen erfolgten am Gerätesystem iSYS der Firma IDS. Es wurden die geschlechts- und altersabhängigen 2,5.; 50. und 97,5. Perzentilen für IGF-I sowie IGFBP-3 (nicht geglättete Kurven) berechnet. Die Ergebnisse zur 2,5 und 97,5 Perzentile der IGF-I und IGFBP-3 Verteilungen bei Kindern und Jugendlichen der LIFE-Studie lagen wie erwartet enger zusammen als die der multizentrischen IDS-Referenzwertstudie.

Der Anteil der laborchemischen Verdachtsdiagnose GHD, bei Zuordnung durch IGF-I Werte unter der 2.5 Perzentile (2SDS) bei Mädchen sowie bei Zuordnung von IGFBP-3 Werten unter der 2.5 Perzentile bei Mädchen und Jungen, scheint infolge dessen bei Anwendung der alten IDS-Referenzdaten (aus der multizentrischen Studie) auf die Leipziger LIFE-Child Kohorte unterschätzt zu werden. Für eine finale Bewertung ist ein Vergleich dieser Ergebnisse mit klinischen Daten und GH-Stimulationstesten sinnvoll.

Herr Prof. Binder stellte eine neue retrospektive Studie zur Wachstumshormonmessung in der Neugeborenen-Screeningkarte bei Verdacht auf schweren Wachstumshormonmangel des Neugeborenen vor. Aufgrund des physiologischen Hypersomatropismus in der ersten Lebenswoche ist die Blutentnahme für das NG-Screening hervorragend geeignet zusätzlich zu den Krankheiten des Screenings einen schweren GH-Mangel des Neugeborenen nachzuweisen oder auszuschließen (siehe AWMF-Leitlinie Diagnostik des Wachstumshormonmangel im Kindes- und Jugendalter).

In den letzten 8 Jahren wurden 70 Screeningkarten aus den qualifizierten Screeninglabors zurückgerufen (nach Abschluss der Screeninguntersuchungen) und im Kinderhormonlabor der Tübinger Kinderendokrinologie untersucht, die Hälfte enthielt einen pathologischen GH-Gehalt unter 7ng/ml (bei sehr hoher Prätest-Wahrscheinlichkeit!). Das Ziel der neuen Studie ist die retrospektive Erhebung der Klinik und der abschließenden Diagnose dieser Kinder, die Erhebung ihrer Mortalität und eine Abschätzung der Inzidenz des schweren Hypopituitarismus des Neugeborenen in Deutschland. Der aktuelle cut-off soll revalidiert werden. Dazu werden die betroffenen Ärzte angeschrieben, Einverständniserklärungen der Eltern sollen eingeholt und der strukturierte Erfassungsbogen ausgefüllt werden. Tübingen hofft auf interessante und wichtige Befunde. Screeningkarten können auch weiterhin auf ihren GH-Gehalt in

Tübingen zeitnah untersucht werden. Herr Prof. Hermanussen (Aschauhof) brachte in seinem Vortrag die interessante Theorie der sozialen Determinierung von menschlichem Wachstum und Körperhöhe (im Unterschied zur gängigen genetischen Determinierung) vor. Die Beobachtung beruht zunächst auf Säugetieren, bei denen Körpergröße relativ zur Größe anderer Gruppenmitglieder mit der Stellung in der sozialen Hierarchie vergesellschaftet ist. Es wurde z.B. bei Erdmännchen beobachtet, dass Stellungswechsel in dieser Hierarchie zu strategischen Korrekturen der Körpergröße führen. Dominanz ist hier ein Stimulus für Wachstum. Auch beim Menschen sind Körperhöhe und soziale Stellung assoziiert. Historische Datensammlungen (Rekrutenvermessungen) legen nahe, dass strategische Korrekturen der Körperhöhe auch bei Menschen möglich sind. Demokratisierung, aber auch politische Unruhen, verstärken die Möglichkeit zu sozialem Aufstieg aus den unteren Schichten. Der damit verbundene Anstieg der mittleren Körperhöhe in den unteren Schichten führt zu strategischen Korrekturen der Körperhöhe auch in den oberen sozialen Schichten. Das bedeutet, es kommt zu einer generellen Aufwärtsspirale der Körperhöhe in der gesamten Population, wobei der Unterschied an Körperhöhe zwischen den Schichten abnimmt. Alle Vorträge fanden reges Interesse, und die Diskussion war lebhaft.

1.5 Bericht der AG Glukosemonitoring und der AG Schulung

Moderation: AG Glukosemonitoring: D. Deiss, Berlin, M. Holder, Stuttgart, AG Schulung: S. von Sengbusch Lübeck, AG Insulinpumpentherapie (agip): B. Heidtmann, Hamburg, E. Lilienthal, Bochum

Gemeinsamen Sitzung der Arbeitsgruppen „Diabetesschulung“, „Glukosemonitoring“ und „Insulin-Pumpentherapie“ (AGPD e. V.)

Mit der Unterschrift des Bundesgesundheitsministers wurde der GBA Beschluss zur Anerkennung der kontinuierlichen Glukosemessung als Kassenleistung im September 2016 rechtskräftig. Die damit verbundenen Voraussetzungen auf Seiten der Kinder und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes sowie die Möglichkeiten und Folgen des Einsatzes dieser Technologien in der pädiatrischen Diabetologie standen im Fokus der gemeinsamen Sitzung der drei Arbeitsgemeinschaften. Die Sitzung fand große Resonanz und führte zu engagierten Diskussionen über die Chancen dieser neuen Technologie.

Zunächst stellte Frau Dr. D. Deiss (Berlin) den aktuellen Stand der Beantragungsmodalitäten für die vom GBA benannten Systeme zur real-time CGM vor. Danach stellen ab dem 1.1.2017 zunächst die Eltern eines betroffenen Kindes einen Antrag auf Bewilligung eines entsprechenden Hilfsmittels beim ihrem Kostenträger. Der/die Diabetologe/in stellt ein Rezept aus und sendet es an den Hersteller. Dieser wiederum sendet einen Kostenvoranschlag an den jeweiligen Kostenträger. Der Kostenträger kann nun das CGM-System bewilligen oder den MDK beauftragen, Stellung zu nehmen. Der MDK kann dazu ein fachärztliches Gutachten beim behandelnden Diabetesteam (Muster 86) beauftragen. Liegt eine Bewilligung durch den Kostenträger vor, wird ein Starterset über den Leistungserbringer bestellt. Die Schulung erfolgt über das behandelnde Diabetesteam. Frau Dr. Deiss berichtete, dass zunehmend mehr Bewilligungen ohne Hinzuziehung des MDK insbesondere für jüngere Kinder ausgesprochen würden. Der Einsatz des Musters 86 sei noch eine Seltenheit.

In ihrem Beitrag zur sensorunterstützte Pumpentherapie: „Müssen wir anders denken oder schulen?“ berichtete Frau Dr. S. von Sengbusch über erste Erfahrungen mit dem Einsatz dieser Technologie besonders bei sehr jungen Kindern. Die Vermeidung von Hypoglykämien besonders nachts wurde von den Eltern als sehr entlastend erlebt.

Erste positive Erfahrungen führten dazu, dass Eltern den automatischen Dosisanpassungen vertrauten und ein Gefühl der Sicherheit entwickelten. Frau Dr. von Sengbusch stellte dazu vor, dass insbesondere die geringen Basalinsulindosen bei jüngeren Kindern durch die Abschaltung nur begrenzte Effekte zeigen können. Damit die Abschaltung zu spürbaren Effekten führen kann, sollte die „Unterbrechen vor Niedrig-Grenze“ hochgesetzt und ein Dual-Bolus gewählt werden. Hier sind differenzierte Schulungen der Teammitglieder und Eltern erforderlich, damit rational und vorausschauend auf die verzögerte Wirkung subkutan injizierten Insulins reagiert werden kann.

Dr. Martin Holder (Stuttgart) stellte anschließend das im Jahr 2015 fertiggestellte herstellerunabhängige CGM-Schulungsprogramm SPECTRUM vor. Es umfasst Curricula und Unterrichtsfolien für drei Patientengruppen: 1) Eltern von jüngeren Kindern mit Typ 1 Diabetes, 2) Jugendliche mit Typ 1 Diabetes und 3) Erwachsene mit Typ 1 Diabetes. Das Programm wird vom Verlag Kirchheim Mainz herausgegeben und durch Train-the-trainer-Seminare für pädiatrische Diabetesteamer unter der Ägide der AGPD begleitet. Dr. Holder stellte verschiedene ambulante, tagesklinische und stationäre Konzepte der Schulung von Kleingruppen vor. Dabei können die sechs Module von SPECTRUM flexibel an den Bedarf der jeweiligen Patienten angepasst werden. Modul 0 steht als erste Einführung und Information kostenfrei für interessierte Familien und Betreuer auf der Website der AGPD (www.diabetes-kinder.de) zur Verfügung. Die weiteren Module 1 bis 5 informieren über die Möglichkeiten der CGM, vermitteln praktische Fertigkeiten zum Einsatz unter Alltagsbedingungen und leiten die Schulungsteilnehmenden an, die eigenen Daten systematisch zu analysieren und daraus Schlüsse zur Optimierung der Insulin- und Ernährungstherapie zu ziehen.

Im anschließenden Beitrag stellte Prof. Dr. K. Lange zentrale psychologische Überlegungen dar, die im SPECTRUM-Programm integriert sind. Zunächst geht es um realistische Erwartungen an den Start eines CGM-Systems, d.h. dass zunächst mehr Aufwand für die Diabetesbehandlung notwendig sein kann, bevor es nach einigen Monaten zu spürbaren Entlastungen kommt. Damit soll Frustrationen und einem vorzeitigem Abbruch der Therapie vorgebeugt werden. Die Sichtbarkeit deutlicher Glukoseschwankungen, die bisher bei punktuellen Glukosemessungen nicht wahrgenommen wurden, kann dazu führen, dass Patienten übereilt reagieren und damit noch mehr Fluktuationen provozieren. In der SPECTRUM-Schulung wird großer Wert darauf gelegt, dass Patienten gelassen auf die Schwankungen ihrer Glukosewerte reagieren und erst nach reiflicher Überlegung zusätzlich Insulin injizieren oder über die Pumpe abgeben. Insbesondere Patienten und Eltern mit längerer Diabeteserfahrung werden ihre Routinen im Alltag überdenken und revidieren. Dieser „Umlern-Prozess“ benötigt ebenfalls Zeit und gelassene Geduld. Dies zeigen auch internationale Studien zur CGM, in denen sich die positiven Effekte der CGM auf die Lebensqualität, Therapiezufriedenheit und die Qualität der Stoffwechseleinstellung erst nach 6 bis 9 Monaten eindrucksvoll zeigen.

AG Insulinpumpentherapie

Dr. Bettina Heidtmann und Dr. Eggert Lilienthal unter:
B. Heidtmann@KKH-Wilhelmstift.de
E.Lilienthal@ruhr-uni-bochum.de

AG Glukosemonitoring

Dr. Dorothee Deiss und Dr. Martin Holder unter:
Dorothee.Deiss@endokrinologikum.com
M.Holder@klinikum-stuttgart.de

AG Schulung

Dr. Simone von Sengbusch und Prof. Dr. Karin Lange unter:
Simone.vonSengbusch@uksh.de
Lange.Karin@mh-hannover.de

1.6 Bericht der AG Diagnostische Aspekte in der Diabetologie

Moderation: P. Beyer, Oberhausen, R. Holl, Ulm

Dr. Andreas Krebs aus Freiburg setzte sich in seinem Eingangsreferat intensiv mit der Wertigkeit der HbA1c-Bestimmung zur Diabetes-Diagnostik auseinander. Während der HbA1c für die Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus seit langem etabliert ist, wurde das Diagnose-Kriterium „HbA1c > 6.5 %“ zunächst in der Erwachsenen-diabetologie eingeführt. Mittlerweile ist dies aber ohne Altersgrenze auch für pädiatrische Patienten in Leitlinien aufgeführt, seit 2010 auch in der Leitlinie der DDG. Es muss beachtet werden, dass bei Hämoglobinanomalien oder bei Hämolyse die Werte nicht zuverlässig sind. Auf die hierbei in der Pädiatrie relevanten Krankheitsbilder ging Herr Dr. Krebs ausführlich ein, ebenso auf die individuelle Variabilität der Erythrozyten-Überlebensdauer. Auch bei Eisenmangel werden höhere HbA1c-Werte beschrieben. Außerdem wurde in der KIGGS-Studie an stoffwechselgesunden Kindern gezeigt, dass der HbA1c-Wert vom Alter und Geschlecht abhängt (Dortschy, 2009). Auch wenn sich die Labormethodik der HbA1c-Bestimmung deutlich verbessert hat, bestehen immer noch Unterschiede zwischen unterschiedlichen Testsystemen (HPLC, Immunologie). Diese Unterschiede müssen beim Einsatz der HbA1c-Messung sowohl zur Diabetes-Diagnostik, als auch zur Beurteilung der Stoffwechseleinstellung im Verlauf des Diabetes, berücksichtigt werden.

Frau Dr. Alena Welters von der Universitätskinderklinik in Düsseldorf beschäftigt sich anhand des DPV-Registers mit einer für die Pädiatrie besonders relevanten Form des Diabetes: Patienten welche wegen konnatalen Hyperinsulinismus mit einer subtotalen Pankreatektomie behandelt wurden, und anschließend, zum Teil mit großem zeitlichem Abstand erst in der Pubertät, an Diabetes erkrankten. Aktuell führt Frau Dr. Welters eine Umfrage in Deutschland und Österreich durch, um die Datenbasis über diesen seltenen Diabetestyp – eigentlich ja eine Therapiekomplikation – zu vervollständigen. Dabei sind auch Vergleiche mit anderen pankreopriven Diabetesformen geplant (Z.n. Pankreatitis, Mukoviszidose, Shwachmann-Syndrom etc). Frau Dr. Katharina Warncke aus München-Schwabing referierte über eine praktisch relevante Sondersituation bei der Interpretation von HbA1c-Werten, gemessen bei Patienten mit sekundärem Diabetes bei Thalassämie. Patienten mit β -Thalassämia major, die mit einer Transfusionstherapie behandelt werden, entwickeln häufig eine Hämosiderose und einen insulinpflichtigen Diabetes. In der DPV-Datenbank finden sich aktuell 17 Patienten, das mediane Erkrankungsalter war 14.6 Jahre. Aber auch Patienten mit Thalassämia minor oder Sichelzellerkrankung, also ohne Transfusion, werden wegen Diabetes mit Insulin behandelt, wobei hier möglicherweise die Hämoglobinopathie und ein Typ-1-Diabetes zusammentreffen. Bei diesen Patienten ist die Beurteilung der Stoffwechseleinstellung schwierig, die Bestimmung des Fruktosamins stellt eine Alternative zur HbA1c-Messung dar.

Anhand einer aktuellen Publikation im Dezemberheft der pädiatrischen Praxis stellte Dr. Johannes Wolf aus Paderborn aktuelle Entwicklungen zur Diagnostik und zur Auswirkung einer Zöliakie bei Patienten mit Typ-1-Diabetes dar. Mittlerweile wird die überwiegende Mehrheit der Diabetespatienten auf Zöliakie gescreent. Verwirrung brachte jedoch die Assoziation mit den HLA-Antigenen DQ2 und DQ8: Da diese mit DR3 und DR4 assoziiert sind, also den Risikoallelen für den Typ-1-Diabetes, sind über 90 % der Diabetespatienten positiv für DQ2 oder DQ8, so dass in dieser Patientengruppe die HLA-Bestimmung zum Ausschluss eines Zöliakie-Risikos keinen Sinn macht. Aber natürlich darf aus dem Nachweis von DQ2 oder DQ8 auch nicht auf das Vorliegen der Diagnose „Zöliakie“ geschlossen werden: Bei dem ja meist asymptomatischen Verlauf einer Zöliakie bei Diabetespatienten muss eine Transglutaminase-Antikörperbestimmung, der Ausschluss eines

IgA-Mangels und bei sicher positivem Antikörperbefund (> 3-fach obere Normgrenze) eine Dünndarmbiopsie erfolgen. Dr. Wolf stellte die mittlerweile 7 Publikationen zusammen, welche nachweisen, dass bei Patienten mit Typ-1-Diabetes und Zöliakie das vaskuläre Risiko, insbesondere für Retinopathie und Nephropathie, erhöht ist.

Inklusion bei Kindern mit Diabetes: Heute noch ein Problem? lautete das Thema von PD Dr. Thomas Kapellen aus Leipzig: Herr Dr. Kapellen erinnert an die Definition von Inklusion: Uneingeschränkte Teilnahme an Kindergarten und Schule. Dies ist nur möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Schulung der Betreuer, Gewährleistung der Therapie außerhalb des Elternhauses (Pflegerdienst, Integrationshelfer) und Kostenübernahme der Teilhabeunterstützung. Die Schulung wird deutschlandweit auf sehr unterschiedliche Art realisiert (Fragebogenaktion, Diabetologie, Hiermann, P. et al. 2016: 350-56). Dr. Kapellen referiert die Ergebnisse der Antworten der Diabeteszentren, die an der Aktion teilnahmen: Überwiegend werden die Schulungen durch die Diabetesberater/innen getragen. Die Finanzierung (sehr unterschiedlich, insgesamt nicht geklärt) durch Klinik/Praxis, ehrenamtlich, durch Fördervereine und selten durch die Krankenkasse. Da die Diabetesschulung integrativer Bestandteil der Inklusion ist, ist eine bundesweite finanzielle Absicherung notwendig, z.B. staatliche Mittel oder Krankenversicherung. Es bleiben viele offene Fragen: Wer sind die Versorger vor Ort (Schulschwester, Lehrer, Erzieher, Pflegedienst...)? Wer finanziert den Mehraufwand? Es gibt kein einheitliches Antragsverfahren. Es gibt zudem zu wenig Informationen darüber, wie häufig der Diabetes der Kinder zur Jobaufgabe der Eltern führt, oder wie oft Kindergartenplatz oder Schule gewechselt werden müssen. In der Arbeitsgruppe wurde die Möglichkeit einer Bundesweiten Erhebung über die DPV-Initiative diskutiert.

1.7 Bericht der AG Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD)

Moderation: A. Richter-Unruh, Münster

1. Beitrag: Frau Dr. Nadine Hornig (UKSH, Kiel) hat über Identifizierung einer AR-Mutations-negativen Klasse der Androgenresistenz durch Bestimmung der endogenen AR-Aktivität berichtet. 2. Beitrag: Über die Zunahme von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie kommt es in Münster parallel zu einer Zunahme einer Diagnosestellung von Kindern und Jugendlichen mit DSD und Mädchen mit AGS. Frau Nadine Großmüller-Sielenkemper (UK Münster) vergleicht 9 Jugendliche mit 17 β -Hydroxysteroiddehydrogenasemangel Typ III in Hinblick auf Phänotyp, Genotyp und Geschlechtsidentität. Unabhängig davon wird über die Geschlechtsdysphorie von Mädchen mit AGS diskutiert. Eine Überprüfung bei Transjungen auf ein Vorhandensein von Late-Onset-Mutationen im 21-Hydroxylasegen ist zu erwägen. 3. Beitrag: Herr Sander Vögler aus Münster entwirft für Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie einen Leitfaden für Betroffene von Betroffenen. In seiner Präsentation stellt er eine Orientierungshilfe für Transidente und ihre Angehörigen auf dem Weg der Geschlechtsangleichung dar. Die Präsentation kann über Prof. Dr. Annette Richter-Unruh erhalten werden. 4. Beitrag: Die neue Leitlinie DSD (Registernummer 174 - 001 Klassifikation S2k Stand: 22.07.2016, gültig bis 21.07.2021) steht zur Verfügung. Frau Richter-Unruh stellt die wichtigsten Punkte dar. In der Konsensus-basierten Leitlinie gab es zur Empfehlung 31 (Die Indikation zu operativen Eingriffen beim nicht-einwilligungsfähigen Kind soll immer restriktiv gestellt werden. Es gilt die in der Präambel formulierte Forderung der UN Kinderrechtskonvention und die Forderung des Deutschen Ethikrates sowie die gültige Rechtslage) keinen Konsens. Aus diesem Grund sind die Statements der Patientenver-

tretenungen angehängt: Statement der Patientenvertretung des Vereins Intersexuelle Menschen e.V., Bundesverband der Selbsthilfegruppe (SHG) Intersexuelle Menschen, der SHG, Eltern Intersexuelle Menschen, der SHG XY-Frauen und der SHG Eltern XY-Frauen, sowie das Statement der AGS-Eltern- und Patienteninitiative. 5. Beitrag entfällt, die DSDlife-Studie ist abgeschlossen und befindet sich in der Auswertung. Ergebnisse können vermutlich auf dem nächsten Arbeitsgruppentreffen 2017 vorgestellt werden.

1.8 AG PEP

Moderation: K. Hartmann, Frankfurt, B Tittel, Dresden, C Brack, Celle

Qualitätsmanagement innovativer Arzneimitteltherapie
QualiAT

- geringere Kosten durch Therapieverbesserung -

Vorstellung beim PEP Arbeitsgruppentreffen
bei der JAPED in Osnabrück, Nov. 2016

Erstellung und Anpassung der Software Paedlogic an das QualiAT Projekt

Zur technischen Umsetzung des QualiAT-Projektes wurde ein elektronisches IT-System (Paedlogic) eingesetzt, das diesen Prozess unterstützt:

Paedlogic (siehe auch unter: www.paedlogic.com) (s. Anlage) ist eine Web-basierte elektronische Patientenakte, die für die behandelnden Ärzte folgende wichtige Kriterien abbildet:

- klinische Daten
- diagnostische Daten
- therapeutische Daten
- wissenschaftliche Daten
- molekulargenetische Daten

Ergänzt wird dies durch ein intelligentes User-System, was die Möglichkeit beinhaltet, durch verschiedene Rollenverteilung der einzelnen Benutzer - Ärzte und Patienten - in Zukunft ein modernes Kommunikations-mittel an die Hand zu geben.

Die browserfähige Software mit hinterlegter Datenbank erfasst somit Verlaufs- und andere Therapiedaten im Rahmen von Arzneimitteltherapien und ermöglicht deren elektronische Auswertung in Form von Tabellen und Grafiken. Damit lässt sich der Erfolg einer Arzneimitteltherapie jederzeit beobachten und anhand objektiver Kriterien überprüfen. Der behandelnde Arzt kann Dosierung und Darreichungsform schnell ändern oder anpassen sowie Patienten mit Adhärenz-Problemen oder solche, die auf die Therapie nicht ansprechen (Non-Responder), frühzeitig erkennen.

Zur praktischen Umsetzung wurde eine für QualiAT individualisierte Paedlogic-Datenbank programmiert und den berechtigten Nutzern des Vereins Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis (PEPev) zur Verfügung gestellt. Im Rahmen dieses Konzepts haben wir eine eigene Webseite entwickelt - www.QualiAT.de - bei der auch neben dem Zugang zur Datenbank weitere Informationen über das QualiAT-Projekt und Patienteneinverständniserklärung, Kontaktforderungen etc. hinterlegt sind.

Der Zugang zur Paedlogic-Datenbank erfolgt direkt über die o.g. Webseite. Zur Sicherheit der Datenbank wurde dazu eine spezielle Verschlüsselung des Datentransports von der jeweiligen Praxis auf die online-Datenbank erstellt: <https://QualiAT.org>. In der Datenbank selbst werden Name und Vorname des Patienten noch einmal zusätzlich mit einem speziellen Code verschlüsselt. Die Entschlüs-

selung wird über die Zugangsdaten des einzelnen Nutzers für seine Patienten entsprechend umgesetzt. Der Nutzer erhält nach Anmeldung bei Paedlogic ein temporäres Passwort und muss im zweiten Schritt sein eigenes Passwort individuell anlegen. Dazu muss er bestimmte Sicherheitskriterien, wie die Eingabe von Buschstaben, Zahlen und zusätzlich Sonderzeichen, beachten.

Praktische Umsetzung (Stand Nov. 2016)

Zur praktischen Umsetzung wurde für die Benutzung des IT-Systems Paedlogic ein spezielles Benutzerhandbuch ausgearbeitet. Zusätzlich wurden die potentiellen Nutzer des PEPev über QualiAT und dessen Ziele in mehreren Vorträgen, zuletzt bei der PEP-Tagung in Bremen informiert und geschult. Bei Bedarf haben wir zudem unter Mitwirkung der Firma bioempark Medien GmbH die Möglichkeit angeboten, bei den einzelnen Usern vor Ort eine individuelle Schulung für Ärzte oder Medizinische Fachangestellten (MFA) durchzuführen, was auch in Anspruch genommen wurde. Zusätzlich wurde ein telefonischer Support für die User von QualiAT etabliert.

Inzwischen haben sich 8 Mitglieder des PEP ev. bei QualiAT angemeldet und erste Patienten unter Wachstumshormontherapie eingegeben. Der aktuelle Stand der Datenbank liegt bei 72 Patienten.

Aufwandsentschädigung für die Dateneingabe

Als Aufwandsentschädigung für die Dateneingabe durch die einzelnen Praxen haben wir folgendes Konzept entwickelt:

Aufwand:

Anlegen und Eingabe eines Patienten:

GoÄ-Ziffer 85: 29,14 € multipliziert mit Faktor 1,5 für den erhöhten Aufwand: somit 43,71 € pro Patient und Dateneingabe (max. 2 pro Jahr bezahlt).

Voraussetzung:

Anlegen des Patienten mit den angeforderten Koordinaten:

- Geschlecht, Geburtsdatum
- Größe und Gewicht bei Geburt, soweit vorhanden
- Elterngröße, soweit vorhanden
- Größen- und Gewichtsdaten
- Skeletalter, soweit vorhanden
- IGF-1 und IGF-BP3 Wert, soweit vorhanden
- Diagnose: kompletter/partieller WH-Mangel, SGA/ Ullrich Turner Syndrom, oder anderer Grund
- Beginn Wachstumshormontherapie mit Angabe des Präparats und der Dosierung zu dem jeweiligen Termin

Eingabe von Folgedaten mindestens 2 x pro Jahr.

Somit bekämen die Praxen 87,42 € pro Patient und Jahr als Aufwandsentschädigung.

Weitere Planungen:

Überprüfung der Datenqualität auf Plausibilität und Vollständigkeit

Ausweitung auf andere chronische Erkrankungen im Kindesalter, wie Pubertas præcox, Adrogenitales Syndrom oder Adipositas

Anbindung an einen elektronischen Therapiepass für die Patienten, z.B. www.medoozin.de

Planungen für die Infrastruktur zur Kontrolle des Arzneimittelverbrauchs

Statistische Auswertungen der gewonnenen Daten, ge-

plant für Mai 2017; Präsentation auf der PEP-Tagung im Mai 2017 und auf der JA-PED Tagung im Nov. 2017 geplant.

Gespräche mit Kostenträgern und Politikern im Gesundheitswesen zur Ausweitung des Projekts

Gespräche mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DKED) zur Mitwirkung der pädiatrischen Endokrinologen in den Kliniken und Klinikambulanzen an QualiAT

Finanzielle Förderung:

Das Projekt QualiAT wird von der Firma Hexal AG (Sandoz) finanziell gefördert.

1.9 Bericht der AG Schilddrüse

Moderation: H. Krude, Berlin

Das Treffen der AG Schilddrüse 2016 wurde als Auftaktveranstaltung für eine S2k Leitlinie zum Thema "Diagnostik bei Neugeborenen bei Schilddrüsenerkrankung der Mutter" genutzt.

Hintergrund der Leitlinieninitiative ist, dass seit vielen Jahren pädiatrische Endokrinologen häufig befragt werden, welche Diagnostik beim Neugeborenen notwendig ist, wenn bei der Mutter „Schilddrüsenprobleme“ bestehen. Es besteht eine ausgesprochene Verunsicherung unter behandelnden Geburtshelfern, Neonatologen und erstversorgenden Kinderärzten hinsichtlich adäquater Diagnostik und potentieller Therapie. Dementsprechend häufig sind sowohl Unter- wie Überdiagnostik und -therapie.

Nach Übersichtsvorträgen von Dr. Eckart Korsch (Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, Köln) und Prof. Bettina Gohlke (Univ.-Kinderklinik Bonn) wurden die vorgestellten Daten diskutiert, die Zusammensetzung der Leitliniengruppe festgelegt und das weitere Vorgehen geplant. Nach Bearbeitung der festgelegten Arbeitspakete ist ein erneutes Treffen der LL-Gruppe im ersten Halbjahr 2017 geplant. Die Leitliniengruppe wird von Frau Prof. Bettina Gohlke geleitet.

2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und AGPD (JA-PED) 2016 in Osnabrück: Stipendiaten und Preisträger

Ein herzlicher Dank geht an den Tagungspräsidenten der Osnabrücker JA-PED 2016 Herrn Prof. Albers und sein Team für das ausgezeichnete wissenschaftliche Programm, das großartige Ambiente und den freundlichen Umgang.



Prof. Albers, Prof. Hauffa

AGPD-Leonard-Thompson-Gedächtnispreis 2016 gestiftet von Sanofi-Aventis

Dr. Sebastian Kummer, Düsseldorf

„Genetische Charakterisierung von Jugendlichen mit frühmanifestem Typ 2-Diabetes Phänotyp mittels next-generation sequencing (NGS)“



Dr. Robert Schwenk (Sanofi-Aventis), Dr. Sebastian Kummer, Dr. Ziegler

AGPD-Abstract-Award (AAA), experimentell

Frau Katharina Förtsch, Düsseldorf

„Lösliche IL-7- und IL-2-Rezeptorkonzentrationen im Serum von Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 und Korrelation mit genetischen IL-7- und IL-2-Rezeptor-Polymorphismen und klinischen Daten“



Frau Katharina Förtsch, Dr. Ziegler

Jürgen-Bierich-Preis 2016 gestiftet von Pfizer

Experimentell

Dr. Denise Rockstroh-Lippold, Ph.D. Leipzig

“Dominant-Negative STAT5B Mutation Expands the Clinical Spectrum of STAT5B Deficiency”



Dr. Heinze (Pfizer), Herr Koch, (Pfizer), Dr. Rockstroh-Lippold, Prof. Wölfle

AGPD-Abstract-Award (AAA), klinisch

Dr. Torben Biester, Hannover

„Closed Loop rund um die Uhr im Alltag: Randomisierte, cross-over Anwendung eines Hybrid-Closed-Loop (HCL) Systems bei Patienten mit Typ 1 Diabetes über 60 Stunden“



Dr. Biester, Dr. Ziegler

Klinisch

Dr. Susanne Thiele-Schmitz, Lübeck

“From Pseudohypoparathyroidism to inactivating PTH/PTHrP Signalling Disorder (iPPSD), a novel classification proposed by the European EuroPHP-network”



Dr. Heinze (Pfizer), Herr Koch, (Pfizer), stellvertr. Prof. Hiort, Prof. Wölfle

**Dietrich-Knorr-Preis 2016
gestiftet von Ferring**

Dr. Julia Rohayem, Münster

„Testicular growth and spermatogenesis: new goals for pubertal hormone replacement in boys with hypogonadotropic hypogonadism? -a multicentre prospective study of hCG/rFSH treatment outcomes during adolescence-“



Frau K. Thode (Ferring), Dr. J. Rohayem, Prof. J. Wölfle

**Posterpreise der DGKED e.V. 2016
gestiftet von Sandoz**

Felix Reschke, Dresden

„Diagnostik und Verlauf von Endokrinopathien von Patienten mit bereits pränatal diagnostiziertem zerebralem Mittelliniendefekt in den ersten drei Lebensjahren. Eine Übersicht über 9 Patienten“



Prof. Bechtold-Dalla Pozza, stellvertr. Dr. Tittel, Dr. Sommer (Sandoz)

**Nachwuchspreis "STEPS-Award" 2016
gestiftet von Merck Serono GmbH**

Dr. Katja Kohlsdorf, Ulm

„Untersuchung zum frühkindlichen BMI-Verlauf bei mono-gener Adipositas auf Basis einer Mutation des Leptin- oder Leptinrezeptorgens“



Dr. D. Schnabel, Dr. K. Kohlsdorf

Jonas Holder, Darmstadt

„Konnataler Hypoparathyreoidismus und progredienter Kleinwuchs als Manifestation eines Kenny-Caffey-Syndroms“



Dr. Sommer (Sandoz), stellvertr. Dr. Holder, Prof. Bechtold-Dalla Pozza

**Klaus-Kruse-Stipendium
gestiftet von Novo Nordisk**
2016 nicht vergeben

**Weiterbildungsstipendium der Deutschen Gesellschaft für
Kinderendokrinologie und -Diabetologie e.V. (DGKED)**
2016 nicht vergeben

3. Stipendien, Preise und Deadlines 2017

Der DGKED-Vorstand möchte alle Mitglieder und deren Mitarbeiter dazu motivieren, sich für die folgenden Stipendien und Preise zu bewerben.

Jürgen-Bierich-Preis 2017

Deadline: 01. September 2017

Weiterbildungsstipendium der "Kinderendokrinologie und -diabetologie" 2017

Deadline: 01. August 2017

Klaus-Kruse-Stipendium 2017

Deadline: 30. September 2017

Dietrich-Knorr-Preis 2017

Deadline: 30. September 2017

STEPS-Award 2017

Deadline: 06. Juli 2017

Sandoz-Posterpreis 2017

anlässlich der JA-PED 2017

ESPE-Reisestipendium 2017

01. Juni 2017

Alle Ausschreibungen im Detail finden Sie auf unserer Homepage: www.dgked.de

4. DGKED-Weiterbildungskurs 2017

2. Weiterbildungskurs der DGKED e.V.
06.- 08. Februar 2017

Nachdem der erste Weiterbildungskurs (2 Teile a 3 Tage) der DGKED auf so große Resonanz stieß, entschloss sich der Vorstand für das Jahr 2017 dieses Weiterbildungsangebot erneut für Kollegen*innen in der Weiterbildung zur Pädiatrischen Endokrinolog*in/ Diabetolog*in anzubieten. Der Kursteil mit den Modulen Wachstum, Adipositas, Beta-Zelle/Diabetes mellitus, Salz-Wasser-Haushalt und Schilddrüse fand vom 06.-08. Februar in der Charité in Berlin statt.

Jedes Modul bestand aus Fallpräsentationen der Teilnehmer*innen, Grundlagenvorträgen, sowie Vorträgen zum Erkrankungsspektrum.

Die Kursleiter Heiko Krude und Dirk Schnabel hatten als Dozenten Experten der DGKED eingeladen. Auch dieses Mal war das Interesse zur Teilnahme wieder sehr groß. 30 Teilnehmer*innen aus den verschiedensten Kliniken des Bundesgebietes wurden zu dem Kurs zugelassen. Nach Ende der schnell vergangenen 3 Tage war das Feedback der Teilnehmer*innen wieder sehr gut. Die Dozenten waren über das große Interesse und die tolle Interaktion mit den Teilnehmer*innen sehr erfreut, so dass sich alle auf den 2. Teil des Kurses (Module 6-10) im Juli 2017 in der herrlich gelegenen Evangelischen Bildungsstätte auf der Halbinsel Schwanenwerder in Berlin freuen.

5. Abschieds- und Übergangssymposium der Kinderendokrinologie an der Universitätskinderklinik Essen

Seit der Einrichtung eines der ersten Lehrstühle für Kinderendokrinologie in Deutschland an der Universitätskinderklinik Essen existiert dort eine außerordentlich aktive kinderendokrinologische Arbeitsgruppe. Anlässlich der Verabschiedung von Herrn Prof. Berthold Hauffa nach 35-jähriger Tätigkeit als Kinderarzt und Leiter der Kinderendokrinologie fand am 24.03.2017 in Essen ein wissenschaftliches Symposium statt. Nach Begrüßung von Herrn Prof. Hoyer (Ärztlicher Leiter der Kinderklinik II) und Prof. Wölfle als aktuellen Präsidenten der DGKED wurden im wissenschaftlichen Teil der Veranstaltung Übersichtsvorträge zu ausgewählten Facetten der wissenschaftlichen Interessensschwerpunkte von Prof. Hauffa referiert.

So berichteten unter Moderation von Dr. Schnabel (Berlin) Prof. Meissner (Düsseldorf) über die Differentialdiagnose der Hypoglykämie im Kindesalter, Frau Dr. Hartmann (Gießen) über die Rolle der Steroidanalytik in der pädiatrischen Endokrinologie, Frau Prof. Heger (Hannover) über Physiologie und Pathophysiologie der Pubertät, Prof. Horsthemke (Essen) über das Prader-Willi-Syndrom und Prof. Krude (Berlin) über die Rolle des clinical scientist in der Pädiatrie. Abgeschlossen wurde die Veranstaltung durch einen Vortrag von Dr. Simic-Schleicher (Bremen) über den Strukturwandel im Ruhrgebiet.

Berthold P. Hauffa studierte in Münster und Essen Medizin und promovierte 1980 an der Universität Essen. Nach Aufnahme der Facharztweiterbildung arbeitete er zunächst klinisch und wissenschaftlich an der Abteilung für pädiatrische Endokrinologie unter Prof. Stolecke in Essen. 1983 begann er als Postdoctoral Fellow am Department of Pediatric Endocrinology der University of California, San Francisco unter der Leitung von Melvin M. Grumbach und Selma Kaplan Arbeiten zur Regulation der Wachstumshormonfreisetzung und Störungen der Steroidbiosynthese. Nach seiner Rückkehr aus den USA wurde Hauffa Oberarzt an der Universitätskinderklinik Essen, seit 1997 war er Leiter des Bereichs Pädiatrische Endokrinologie. Er habilitierte sich für das Fach Kinderheilkunde mit dem Thema „Untersuchungen zur Wertigkeit der Wachstumshormonspontansektionsanalyse in der Diagnostik des partiellen Wachstumshormonmangels bei Kindern und Jugendlichen“. Neben seiner wissenschaftlichen Arbeit war Prof. Hauffa engagiert in der Vertretung der Interessen seines Fachgebietes. So war er u.a. von 2012-2016 Präsident der neu gegründeten Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und Diabetologie“.

Den Stab von Herrn Prof. Hauffa an der Universitätskinderklinik Essen wird Frau Privatdozentin Dr. Corinna Grasemann übernehmen, die in Essen bereits das Zentrum für seltene Erkrankungen leitet und langjährig im Schwerpunkt Pädiatrische Endokrinologie aktiv ist. Schwerpunkte Ihrer Arbeit sind kindliche Erkrankungen des Knochens und Stützapparates sowie die Kinder- und Jugendgynäkologie.



Prof. Wölfle, Prof. Hauffa, Dr. Schnabel



PD Dr. C. Grasemann, Prof. Dr. B. Hauffa

6. Neues aus Vorstand und Geschäftsstelle

Wechsel im Vorstand

Nach vier Jahren als Präsident der DGKED wurde Herr Prof. Dr. Berthold Hauffa während der Mitgliederversammlung im Rahmen der Osnabrücker Tagung feierlich verabschiedet. Neuer Präsident ist nunmehr Prof. Dr. Joachim Wölfle. Herr Prof. Dr. Th. Reinehr wurde neu in den Vorstand gewählt.



Dr. B. Heidtmann, Dr. B. Tittel, Dr. D. Schnabel, Prof. Dr. B. Hauffa, Prof. Dr. J. Wölfle, Prof. Dr. S. Bechtold-Dalla Pozza

7. JA-PED 2017 Freiburg

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. mit der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V. in Freiburg.

Gemeinsam mit den Tagungspräsidenten Dr. N. van der Werf-Grohmann und Prof. K. Otfried Schwab des Freiburger Organisationsteams zusammen mit den Präsidentinnen der Österreichischen und Schweizer Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Frau Prof. Sabine Hofer (Innsbruck) und Frau Prof. Valerie Schwitzgebel (Genf) laden wir Sie herzlich zur diesjährigen, mittlerweile 12. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V., vom 17. - 19. November 2017 nach Freiburg in das Konzerthaus Freiburg ein.

Die Schwerpunktthematika dieser Fachtagung liegen einerseits in EDV-Lösungen für unterschiedliche diabetologische und endokrinologische Fragestellungen, die Ärzte in allen 3 beteiligten Ländern zur gemeinsamen Datensammlung und Forschungsprojekten einladen. Weitere Themen sind die rechtzeitige suffiziente Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren, um die Atherogenese unserer Patienten günstig zu beeinflussen, Wissenswertes über Skelettdysplasien, Untersuchungen zur Entstehung des Typ 1 Diabetes und die Jugendgynäkologie.

Weitere Informationen finden Sie ebenfalls auf der Kongresshomepage unter: www.ja-ped.de.

Deutsche Gesellschaft
DGKED Info
für Kinderendokrinologie und -diabetologie

Impressum

Redaktion: Joachim Wölfle, Wolfgang Seel
Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zum Newsletter; bitte schicken Sie diese an:
w.seel@dgked.de
V.i.S.d.P.: Prof. Dr. J. Wölfle
Geschäftsstelle DGKED e.V.
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e.V. (DGKED) | www.dgked.de
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin |
Tel. +49 (30) 28 04 68 04 | Fax +49 (30) 28 04 68 06