

## Inhalt

### Editorial

1. Berichte aus den AGs
2. Rückblick JA-PED 2019 in Saarbrücken
3. Neuigkeiten Netzwerk Hypophyse
4. Stipendien, Preise und Deadlines 2021
- 5 JA-PED 2021 Stuttgart (23.-25. Juni 2021)

### Impressum

## Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren

kurz vor dem geplanten jährlichen Höhepunkt eines Jahres, dem Zusammenkommen auf der JAPED-Tagung, die in diesem Jahr in Stuttgart hätte stattfinden sollen, befinden wir uns weiterhin mitten in der Pandemie-Situation und gehen leider derzeit mit Schwung in eine zweite Welle, die Präsenzveranstaltungen weitestgehend unmöglich machen.

Dies antizipierend hatten wir in Rücksprache mit AGPD und eventlab bereits im Frühsommer schweren Herzens die Entscheidung getroffen, unsere diesjährige JAPED in Stuttgart auf einen Zeitraum gegen Ende Juni 2021 zu verschieben. Um auch in diesem Jahr den Entwicklungen der Kinderendokrinologie und -diabetologie Raum zu geben, haben wir, DGKED und AGPD, als Alternative zu der Präsenzveranstaltung ein kinderendokrinologisch/-diabetologisches Webinar zusammengestellt, um trotz aller Widrigkeiten die Möglichkeit für Fortbildung und interaktiven Austausch zu bieten.

Sie dürfen sich daher in der nächsten Woche auf ein Potpourri aus Updates, Symposien zu aktuellen relevanten Themengebieten, Berichte aus den Arbeitsgruppen zu laufenden Projekten sowie Fortbildungen für nicht-ärztliche MitarbeiterInnen/DiabetesberaterInnen freuen.

Wir sind sehr glücklich, dass Sie sich bereits zahlreich zu unserer Veranstaltung angemeldet haben und wir für das JAPED-webinar zahlreiche Sponsoren gefunden haben, so dass die Veranstaltung finanziell auf sicheren Beinen steht und auch die Absage der Präsenz-JAPED-Veranstaltung unsere Gesellschaften nicht in ein schwieriges finanzielles Fahrwasser bringt. An dieser Stelle möchte ich insbesondere allen Referent\*Innen und Unterstützer\*Innen danken, die unkompliziert zu dem für uns ungewohnten Veranstaltungsformat beitragen!

Nach diesen Hinweisen auf das anstehende Webinar finden Sie auf den folgenden Seiten einen Rückblick auf unsere noch gar nicht so lange zurückliegende JAPED-Tagung in Saarbrücken mit Zusammenfassungen der dortigen AG-Sitzungen sowie Photos von Preisträger\*Innen und Stipendiat\*Innen. An dieser Stelle sei nochmals den Tagungsleiter\*Innen, Referent\*Innen, Unterstützer\*Innen und Sponsoren herzlich für Ihren Einsatz bei dieser sehr gelungenen Veranstaltung gedankt!

Auch wenn der Blick auf Masken-freie Gesichter von Teilnehmer\*Innen, Preisträger\*Innen und Tagungsleiter\*Innen einem derzeit wie ein Blick in längst vergangene Zeiten vorkommen mag, bin ich gleichwohl optimistisch, dass wir uns im Frühsommer 2021 wieder gemeinsam auf einen fachlichen und zwischenmenschlichen Austausch in Stuttgart freuen können. Zunächst aber würde ich mich freuen, Sie in dem oben angesprochenen Webinar begrüßen zu können!

Damit verbleibe ich mit den besten Grüßen für den Vorstand der DGKED.

Ihr Joachim Wölfle  
DGKED-Präsident

# 1. Berichte aus den AGs

## 1.1 Bericht der AG Wachstum und Hypophyse

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

Die AG Wachstum/Hypophyse tagte mit ca. 80 Teilnehmern zu vier verschiedenen Themen.

Frau Alexandra Kulle aus Kiel berichtete von ihrer Neuanalyse der in Kiel erhobenen **GH-Nachtprofile** der letzten Jahre. Dabei ging sie vornehmlich der Frage nach, welchen Einfluss fehlende GH-Messungen auf das Integral der GH-Messungen haben, ob eine Mindestanzahl von Proben notwendig ist und wie grundsätzlich fehlende Proben bewertet werden können. Es zeigte sich, dass Wachphasen innerhalb des GH-Nachtprofils einen großen Einfluss auf die Berechnung des Mittelwerts und des Integrals haben. Je mehr Zeitpunkte während des GH-Nachtprofils gesammelt werden, umso robuster ist die Berechnung. Eine Probenanzahl von mindestens 10 Proben erscheint notwendig, um eine valide Aussage über das GH-Nachtprofil treffen zu können. Das Ergebnis ihrer Analyse gipfelte in der Empfehlung, unvollständige GH-Profile für die Beurteilung der GH-(In)Suffizienz nicht heranzuziehen.

Helmuth Dörr aus Erlangen teilte das Ergebnis der DGKED-Morbus-Cushing-Umfrage mit. Es ging um die Behandlung von Kindern mit M. Cushing im Zeitraum 1980 bis 2018. Es antworteten 79 Zentren, darunter 29 Uni-Kliniken. In 43 Zentren waren 114 Kinder mit M. Cushing betreut worden, aktuell seien noch 28 Patienten in Betreuung. 36 Zentren hatten noch nie ein Kind mit M. Cushing betreut. In der Neurochirurgie in Hamburg und Erlangen waren jeweils mehr als 20 päd. Patienten mit M. Cushing operiert worden; es gab aber noch 17 zusätzliche neurochirurgische Kliniken, die operiert hatten. Helmuth Dörr schlug eine Erhebung der deutschen Therapieerfahrung unter Beteiligung der Neurochirurgen vor. Es soll in Zukunft versucht werden, das Register der Erwachsenenendokrinologie für die neuen pädiatrischen Patienten zu öffnen.

Bettina Gohlke aus Bonn nahm sich dem Thema Transition von Adoleszenten mit GH-Mangel an. Sie thematisierte Probleme im Übergang wie die Standardisierung der Retestung, die GH-Dosierung bei Neuaufnahme der GH-Therapie nach der GH-Pause, das sich ändernde Nebenwirkungsspektrum der GH-Therapie im Erwachsenenalter und das Monitoring der biologischen Effekte des GH-Mangels nach Wachstumsende. Dies löste eine rege Diskussion aus, und der Wunsch nach Evidenz-basierten Empfehlungen wurde laut.

Gerhard Binder aus Tübingen berichtete von einem vergleichenden Audit der GH-Mangeldiagnostik im europäischen und US-amerikanischen Ausland mit zum Teil überraschenden Befunden. An der Analyse waren jeweils zwei päd. Endokrinologen aus jedem Ausland beteiligt und neun Kollegen aus Deutschland. Die letzte internationale Leitlinie ist inzwischen 20 Jahre alt; sie hatte sich bei den meisten Empfehlungen sehr vage positioniert. Dieser Umstand und die große Schwierigkeit, trotz vorliegender Evidenz internationale Konsensus-basierte Empfehlungen auszusprechen, hat zu einer Vielzahl nationaler Leitlinien geführt, die sich in ihren Empfehlungen unterscheiden; allerdings mit Tendenzen zur Konvergenz. So empfehlen inzwischen 5 der 9 befragten Länder Priming; und 7 Länder haben den GH-Cut-Off von 10 ng/ml verlassen. Das Audit wurde inzwischen in *Horm Res Ped* 2019 Nov 8:1-7. doi: 10.1159/000503783 publiziert.

---

## 1.2 Bericht AG Pubertät und Gonaden

Moderation J. Rohayem, Münster

Die Arbeitsgruppe „Pubertät und Gonaden“ war mit 68 Teilnehmern gut besucht.

Susanne Fricke-Otto, Krefeld berichtete exemplarisch über eine(n) Patienten/in mit XX DSD, der/die Leistungssport betreibt und stellte zur Diskussion, wie wir als Endokrinologen mit der NADA umgehen sollten. Sie stellte heraus, dass alle Medikamente angegeben werden müssen und je nach Geschlecht, in dem der Sportler auftritt, entsprechende Sondergenehmigungen möglich sind. Folgende Links sind hilfreich:

Leichtathletik: Startkriterien XX DSD: <https://www.iaaf.org/news/press-release/questions-answers-iaaf-female-eligibility-reg>).

Transgender: [https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/tuec\\_transgender\\_version1.0.pdf](https://www.wada-ama.org/sites/default/files/resources/files/tuec_transgender_version1.0.pdf).

Martin Bald, Stuttgart präsentierte Fälle aus dem Praxis mit Micropenis, die im Plenum diskutiert wurden. DSD und hypogonadotroper Hypogonadismus sollten bei der Differentialdiagnose des Micropenis Berücksichtigung finden, isolierte Formen des Micropenis sind jedoch auf häufig. DTH-Gel kann wieder über die Auslandsapotheke zur OFF-Label-Behandlung lokal bezogen werden.

Felix Reschke, Hannover stellte den Vorschlag für eine Stellungnahme der DGKED zur „Richtlinie über künstliche Befruchtung - Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen oder von Keimzellgewebe nach dem TSVG“ vor. Diese wurde nach Konsentierung durch die Teilnehmer der AG und nach Unterschrift durch den Vorstand der DGKED an den Bundesgesundheitsminister Spahn gesandt, damit bei der Evaluation des Gesetzes in 4 Jahren auch Patienten mit DSD Berücksichtigung bei der Kostenübernahme finden.

Julia Rohayem, Münster stellte die Studienergebnisse zur Prävalenz von TART und Ejakulatqualität bei postpubertären Jugendlichen mit AGS dar. TART sind liegen bei jedem zweiten jungen Mann mit einer salzverlierenden Form der 21-Hydroxylase Defizienz, d.h. mit einem SW CAH vor. Bei einfach virilisierenden AGS-Formen (SV CAH) sind TART selten. Großvolumige TART finden sich vor allem bei Patienten mit insuffizienter AGS-Einstellung, sowohl während der Vorpubertät, als auch der Pubertät, kleinere TART sind bei mittelmäßiger Einstellung in einer der beiden Phasen zu finden, wohingegen Patienten mit guter Einstellung in beiden Lebensphasen keine TART aufweisen. Die Spermienkonzentrationen im Ejakulat von jungen AGS-Patienten sind vergleichbar mit der von gesunden alters-gematchten gesunden Kontrollen; allerdings haben Patienten mit einer insuffizienten Einstellung in der Vorpubertät und Pubertät sowie Patienten, die in den letzten 3 Monaten schlecht eingestellt waren, deutlich reduzierte Spermienkonzentrationen in der Samenflüssigkeit.

### 1.3 Bericht der AG Diabetesschulung

Moderation: S.v.Sengbusch, Lübeck

Die AG Diabeteschulung mit dem Titel „Schulung 360 Grad“ war sehr gut besucht. Es war eine sehr interaktive AG, bei der jedes Thema intensiv diskutiert wurde.

Im ersten Teil der Sitzung wurden die aktuell verfügbaren Schulungsmedien vorgestellt.

Schulung für Flüchtlinge/Migranten: Vorgeschlagen wurde, das Therapieschema, das vor der Flucht eingesetzt wurde, wenn vertretbar, zu belassen oder mit einer CT mit einfachen Korrekturschemata zu starten und nach sechs Monaten zu evaluieren. Vor der Schulung der Eltern sollte geklärt werden, ob sie Grundrechenarten ausreichend beherrschen und Entscheidungen im Rahmen der Therapie treffen wollten. Dies sei bei ca. 1/3 der Migranten nicht der Fall, sie waren es bisher nicht gewöhnt, medizinische Entscheidungen selbst zu treffen. Unbedingt empfehlenswert sind professionelle Übersetzer, nicht „Hilfsdolmetscher“. Die Kosten dafür werden je nach Bundesland und Institution verschieden – oder nicht –getragen. Eine Möglichkeit besteht in der Abrechnung über die Komplexziffer oder über Spendengelder für Geflüchtete. Schulungsmaterial auf Arabisch sind über den VDBD und AG Migration der DDG abrufbar, hilfreich ist grundsätzlich auch ein online-Dolmetscher auf dem Smartphone.

Schulung Jugendliche: Teilnehmer berichteten von ihren Konzepten, Jugendliche zu erreichen: kurze Schulungen (1-2 Tage ambulant / tagesklinisch / stationär) mit lebensnahen Themen, z.B. Alkohol, Ketoazidose, neue Technik, Neuigkeiten von „Influenzern“. Die Wahl des Termins sei wichtig, bestimmte Zeitfenster wären durch Prüfungen etc. blockiert. Jugendliche präferierten im Regelfall aber dennoch eine Schulung in der Schulzeit und nicht in den Ferien.

Schulung Transitionsprogramme: in der Regel sei die Teilnahme zu aufwändig für Jugendliche. Neue Broschüren und Internetpräsenzen, zum Teil auch von Krankenkassen, werden vorgestellt und sprechen in ihrer Aufmachung Jugendliche gut an, z. B. [www.between-kompas.de](http://www.between-kompas.de).

Schulung CGM Systeme: Vorstellung der ersten, vorläufigen Ergebnisse der Spectrum-Evaluations-Studie von Prof Lange und den teilnehmenden Kinderkliniken: das theoretische und praktische CGM-Wissen/Verständnis steigt deutlich nach der Spectrum-Schulung an. Zufriedenheit und Akzeptanz waren sehr hoch und sollen ermutigen, die Schulung für CGM-Starter unbedingt anzubieten. Günstig habe sich bei der CGM Schulung auch die Anschaffung eines mobilen WLANs erwiesen, wo es kein gutes Klinik/Praxis-WLAN gibt. Mobiles WLAN funktioniert als Router über die Steckdose. Teil der CGM Schulung sollte und könnte es sein, Jugendlichen und Familien zu helfen, einen Account bei einer Softwareanbieter ihrer Wahl anzulegen.

Im zweiten Teil wurde über die Möglichkeiten einer Videosprechstunde und aktuelle Hürden (Vergütung, Personalmangel) und Chancen diskutiert. Neue Softwarelösungen (Expertensysteme) sind zu erwarten, die den Diabetesteamen konkrete Änderungsvorschläge für die Therapie geben werden. Es wurde kontrovers diskutiert, ob dies wünschenswert sei oder damit die Gefahr eines Kompetenzverlusts einhergeht. Weiterhin könnte die Reduktion auf digitale (Glukose-) Daten den ganzheitlichen therapeutischen Blick auf das Kind oder den Jugendlichen mit seinem Umfeld beeinträchtigen. Die Diabetestechnologie ist ein großer „Treiber“ in der Diabetologie und (noch) tendierte die Gruppe dahin, dass in jedem Fall ein umfassendes „Basiswissen“ vermittelt werden muss, auch wenn die Therapie zunehmend automatisiert wird. Betroffene und Behandler müssen weiterhin in der Lage sein, die Therapie z. B. beim Ausfall eines Systems, kompetent zu steuern.

Im letzten Teil der Sitzung wurde neue Medien für Schulende vorgestellt, so Lehrvideos für Diabetessoftware oder ein e-learning Programm zu psychologischen Aspekten in der Diabetologie.

---

### 1.4 Bericht der AG „CGM und Insulinpumpentherapie im Kindes- und Jugendalter“

Moderation: Herr E. Lilienthal aus Bochum und Dr. B. Heidtmann aus Hamburg

Auch in diesem Jahr tagten die AGs „CGM, Glukosemonitoring“ und „Insulinpumpentherapie im Kindes- und Jugendalter, agip“ gemeinsam.

Das AG-Treffen war mit ca. 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wieder gut besucht. Das große Interesse lag sicher u.a. auch daran, dass die MiniMed 670G von Medtronic als erste Pumpe mit einem „hybrid closed loop“-Algorithmus kurz vor der JA-PED 2019 für Kinder ab 7 Jahre zugelassen wurde bzw. auf den deutschen Markt kam, und seitdem den pädiatrischen Patientinnen und Patienten zur Steuerung des Glukosestoffwechsels zur Verfügung steht.

Die Vorträge zu der neuen Pumpen-/ Therapieform sowie den Fragen

- Welche Vorbereitungen benötigen wir als Team?
- Welche Vorbereitungen benötigen Patienten, Patientinnen und Familien?
- Welche Kinder und Jugendlichen sind für diese neue Therapieform geeignet?
- Wie wird die Schulung der Familien aussehen?
- Welche Erwartungen haben die Familien an die neue Pumpe und somit Therapieform? Und können diese erfüllt werden?

wurden von Dr. D. Deiss aus Berlin, Dr. M. Holder aus Stuttgart und Dr. S. von Sengbusch aus Lübeck gehalten.

Im Anschluss folgten ein angeregter Austausch erster Erfahrungen sowie eine rege Diskussion.

Die AGs werden sich auch 2020 wieder gemeinsam treffen.

## 1. 5 Bericht der AG Nebenniere

Moderation Clemens Kamrath, Gießen

Die Sitzung der AG Nebenniere hatte 3 Schwerpunkte. Als erstes gab Frau PD Heike-Katharina Hoyer-Kuhn einen Überblick über den Stand und die Möglichkeiten der AGS Dokumentation. Aktuelle sind 1674 Patienten mit 28512 Untersuchungsterminen von 50 teilnehmenden Zentren dokumentiert. Die Möglichkeiten der AGS-Benchmarkingauswertungen wurden beispielhaft erläutert. Danach wurden die aus der Dokumentation entstandenen wissenschaftlichen Projekte vorgestellt, beginnend mit den letzten aus der Dokumentation hervorgebrachten Publikationen. Zum einen wurde die Genotyp – Phänotyp-Beziehungen von Riedl et al. Publiziert, des Weiteren wurde eine Arbeit zur Kochsalzsupplementierung von Bonfig et al veröffentlicht. An aktuell laufenden Projekten werden die Hydrocortison dosis in Abhängigkeit vom Alter, der Einsatz von GnRH Analoga, die Durchführung von leitliniengerechten Therapien sowie die Endgrößen sowie deren Einflußfaktoren ausgewertet.

Danach berichtete Frau Dr. Uta Neumann über das Projekt „Empower-DSD – Entwicklung und Evaluation von interdisziplinären Informations- und Schulungskonzepten für Kinder und Jugendliche mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (DSD) und ihren Eltern“ für Patienten mit AGS. Das Projekt besteht aus 2 Teilen, zum einen aus der Entwicklung und Evaluation eines interdisziplinären Informationsmanagement-Konzeptes für (neugeborene) Kinder mit uneindeutigem Genitale bei Diagnosestellung und zum anderen aus der Entwicklung und Evaluation von diagnosespezifischen interdisziplinären Schulungskonzepten für Kinder, Jugendliche/junge Erwachsene und deren Eltern mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung, inklusive AGS Patienten. Schwerpunkt der Schulungsprogramme, die nach dem modularen Schulungskonzept ModuS aufgebaut sind (Kompetenznetz Patientenschulung e.V.), ist die interdisziplinäre Wissensvermittlung über die Diagnose, verschiedene Therapiemöglichkeiten (z. B. Hormontherapien, Genitaloperationen, Reproduktionsmöglichkeiten), die psychosoziale Unterstützung und der Umgang mit der Diagnose.

Zuletzt stellte PD Walter Bonfig den aktuellen Stand der AGS Leitlinie vor. Einzelne Punkte aus der Leitlinie wurden diskutiert und beschlossen. Die Leitlinie steht damit kurz vor der Fertigstellung.

---

## 1.6. Bericht der AG Diabetes Diagnostik

Moderation Peter Beyer, Reinhard Holl

Der geplante Vortrag von Frau D. Kieninger aus Mainz zum Thema: Glut-1-Defekt und Diabetes fiel wegen akuter Erkrankung der Referentin aus

Frau Dr. U. Reiter aus Augsburg berichtete über 2 Patientinnen mit Typ-1-Diabetes (10 bzw. 12 Jahre alt), die im Rahmen der Manifestation rasch progredient beidseits Katarakte entwickelten. Auffallend waren sehr hohe HbA1c-Werte, keine Ketoazidose. Unabhängig davon berichtete Frau Prof. S. Bechtold aus München über einen weiteren, ähnlichen Fall. Bisher sind solche Verläufe in der Pädiatrie wenig bekannt. 2018 erschien ein Review über insgesamt 54 Patienten aus 16 Publikationen. Daraufhin wurde das DPV-Register befragt: Es fanden sich 230 Diabetes-Patienten, jünger als 21 Jahre, mit Katarakt: 145 weibliche und 85 männliche Patienten. Die Thematik soll deshalb von beiden Autorinnen weiterhin bearbeitet werden. Interessenten an dem Thema sollen sich bitte melden, gerne auch weitere Patienten hinzufügen.

Frau Dr. T. Muckenhaupt aus Reutlingen und Herr Prof. O. Schwab von der Universitätskinderklinik in Freiburg berichteten gemeinsam von einem Kind mit angeborenem Diabetes infolge einer gain-of-function STAT-3 Mutation. Die Behandlung des Kindes war gekennzeichnet von einem stark steigenden Insulinbedarf bis zu 6 IE/kg KG sowie der Ausbildung von lipoatropfen Arealen im Bereich der Insulin-Injektionsstellen, einer ausgeprägten Lymphoproliferation und einer Pannikulitis beider Füße. Durch die simultane Behandlung mit Ruxolitinib (Jakavi) und Metformin wurde ein Rückgang der Lymphoproliferation, der Pannikulitis sowie eine Normalisierung des Insulinbedarfs erreicht. Die Bildung von lipoatropfen Arealen an den Insulininjektionsorten unterblieb, der Patient hat weiter Fett generiert.

Herr Dr. M. Wannack von der Charité in Berlin stellte einen spannenden Fallbericht vor: Ein 14-jähriger adipöser Junge (BMI 30) wurde wegen v.a. Appendizitis eingewiesen. Der Nüchtern-Blutzucker war 254, der HbA1c 10.7.  $\beta$ -Zell-AK waren negativ, nüchtern-C-Peptid nicht erhöht, damit kein Hinweis auf Typ-2-DM. In der Familie weitere adipöse Angehörige mit Diabetes mellitus, unter anderem die Mutter und der verstorbene Großvater. In der MODY-Panel-Diagnostik ergab sich eine als wahrscheinlich krankheitsverursachend eingestufte Mutation im PAX-4-Gen, somit der Verdacht auf MODY-9. Beginn einer ICT, hierunter normalisierte sich der HbA1c-Wert, mit Ernährungsumstellung nahm das Gewicht geringfügig ab. Die Insulindosis konnte reduziert und nach ca. 7 Monate ganz beendet werden, ohne dass (bisher) der HbA1c-Wert wieder anstieg. Der Bruder des Patienten, ebenfalls adipös, hat dieselbe Mutation, aber keinen Diabetes. Die Mutter hat ebenfalls die genannte Mutation. Sie hat klinisch einen Typ-2-Diabetes und wird „nur diätetisch“ behandelt. Ihr HbA1c-Wert liegt zwischen 6 und 6.5 %. Entferntere Verwandte sind ebenfalls einen Typ-2-Diabetes erkrankt, aber ohne die PAX-4-Mutation. Die weiteren Verläufe, sowohl beim Patienten als auch seinem Bruder, bleiben spannend. Herr Dr. Wannack gab abschließend noch einen Überblick über die aktuelle, ständig wachsende Liste monogener Diabetesformen.

Zum Abschluß präsentierte Frau Dr. Marianne Becker aus Luxemburg 2 kniffligen Fälle

1. Fallvorstellung: Patientin mit einer bislang nicht beschriebenen homozygoten Mutation im Insulingen (R6C), die wahrscheinlich zu einer gestörten Signalpeptidlokalisierung und/oder -funktion führt. Die Patientin ist bislang mit Insulin behandelt, eine Behandlungsversuch mit einem OAD ist geplant.

2. Fallvorstellung: Patientin mit einer Diabetesmanifestation im Rahmen einer homozygoten PTRH2-Mutation. Homozygote PTRH2-Mutationen führen zu dem 2014 erstbeschriebenen Krankheitsbild IMNEPD (infantile onset multisystem neurological, endocrine and pancreatic disease), bislang sind nur wenige Fallberichte zu diesem Krankheitsbild publiziert.

## 1.7 Bericht der AG Schilddrüse

Moderation: Markus Bettendorf, Heidelberg

Die Arbeitsgruppe Schilddrüse wurde in Saarbrücken erstmals vom Berichtersteller Markus Bettendorf aus Heidelberg moderiert, der diese Aufgabe zusammen mit Joachim Pohlenz aus Mainz von Heiko Krude aus Berlin als langjährigen Moderator dieser AG übernommen hatte. Obwohl dieser Wechsel kurzfristig vollzogen wurde, konnte ein Programm zu unterschiedlichen Aspekten der Schilddrüse zusammengestellt werden, das gut 20 Kolleginnen und Kollegen anlocken konnte und zu angeregten Diskussionen führte. Konsensus herrschte unter den Teilnehmern, weiterhin eine aktive und sichtbare Arbeitsgruppe in der DGKED darstellen zu wollen.

Zunächst referierte Klaus-Peter Liesenkötter aus Berlin aktuelle Daten zur Jodversorgung in Deutschland und berichtete, dass Deutschland wieder ein Jodmangelgebiet ist wie aktuelle Ergebnisse aus dem Jodmonitoring der KiGGS-Studie/Welle2 (2014-2017) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigen (1). Danach liegt die mittlere Jodausscheidung derzeit bei 88,8 µg/L Urin. Dies entspricht nach den Kriterien der WHO einem „milden Jodmangel“. Rund 58% der untersuchten Kinder und Jugendlichen lagen mit ihrer Jodausscheidung unterhalb des WHO-Grenzwertes von 100µg/L. Vor elf Jahren, in der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006), waren es nur 41,5%. Damals lag die Jodausscheidung noch bei 117,6µg/L Urin. Dies ist zu den aktuellen Werten ein Rückgang von fast 25 %. Die geschätzte Jodtageszufuhr ging in diesem Zeitraum von 95µg Jod/Tag auf 83µg Jod/Tag zurück, was einem Minus von 13% entspricht. Ursache der verschlechterten Jodversorgung ist unter anderem der geringe Anteil an jodiertem Speisesalz in verarbeiteten Lebensmitteln. Diese liefern üblicherweise ca. 80-90% der täglichen Salzzufuhr. Aber weniger als ein Drittel (28,5%) dieser Lebensmittel enthält Jodsalz, wie eine aktuelle Studie im Auftrag des BMEL zur Verwendung von Jodsalz zeigte (2). Für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist dieser Trend kritisch. Eine Struma ist die bekannteste Folge eines Jodmangels. Wesentlich schwerwiegender sind jedoch die Auswirkungen eines Jodmangels ab der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr auf die Gehirnentwicklung von Feten, Säuglingen und Kleinkindern. In der Konsequenz muss besonders in diesen Risikogruppen individualisiert eine ausreichende Jodid-Substitution entsprechend den Empfehlungen der Deutsche Gesellschaft für Ernährung angeboten werden. Zudem muss gefordert werden den Jodierungsgrad beim Jodsalz zu erhöhen auf 25 Mikrogramm Jod pro Gramm Salz (derzeit 20µg/g Salz). In anderen Ländern wie z.B. der Schweiz hat sich gezeigt, dass so eine weitere Verschlechterung der Jodversorgung in der Bevölkerung zu vermeiden ist. Allgemein gilt ein milder bis moderater Jodmangel als die häufigste vermeidbare Ursache für eine mentalen Beeinträchtigung weltweit. Deshalb sollte die Aufklärungsarbeit auf gesellschaftlicher und politischer Ebene wieder intensiviert werden, denn die Vermutung, dass Jodmangel in Deutschland kein Thema mehr ist, gilt angesichts der KiGGS-Ergebnisse als nicht mehr haltbar (1 Hey I., Thamm M., Thamm R. (2019) Monitoring der Jodversorgung bei Kindern und Jugendlichen, Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2), Robert Koch-Institut. 2 Bissinger K. et al. (2019) Repräsentative Markterhebung zur Verwendung von Jodsalz in handwerklich und industriell gefertigten Lebensmitteln. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt zur Bereitstellung wissenschaftlicher Entscheidungshilfe für das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL).

Nachfolgend wurde der Status quo der Datenbank Hypothyreose, DGKED-QS vormals AQUAPE „Hypodok“, thematisiert, in der mittlerweile Stamm- und Verlaufsdaten von 1593 Patienten mit konnataler primärer Hypothyreose (CH) aus Deutschland und Österreich dokumentiert werden. Regelmäßig erhalten teilnehmende Einsender eine Benchmarking-Auswertung ihrer Patienten im Vergleich zu den restlichen Patienten des Registers und dokumentieren damit auch ihre Leitlinien konforme Behandlung der Patienten mit CH. So wird auch der Punkt 1.17 des NAMSE-Anforderungskatalogs nach Dokumentation der Versorgung seltener Erkrankungen (hier CH) in krankheitsspezifischen Patientenregistern mit Forschungsdaten erfüllt.

Frau Matejek aus Heidelberg stellte ihre Auswertung der „Hypodok“ Datenbank vor, Prädiktoren für eine transiente Form der CH gegenüber einer permanenten CH zu identifizieren. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Höhe der Konzentration des TSH im Neugeborenen-Screening und die Dosierung des L-Thyroxins (µg/kg) mit 1 und 2 Jahren eine sichere Prognose liefern können, die Notwendigkeit zur Durchführung eines Auslassversuches zur Bestätigung einer permanenten CH und Ausschluss einer transienten CH zu ermitteln.

Eine weitere Untersuchung von Frau Thomann aus Heidelberg beschäftigte sich mit der Leitlinien-Adhärenz und Dokumentation in der medizinischen Betreuungspraxis der CH. Diese Auswertung der „Hypodok“ Datenbank ergab eine Patientenversorgung in Übereinstimmung mit der AWMF-Leitlinie in den 9 Jahren vor und in den 9 Jahren nach deren Einführung 2011, aber signifikante Defizite in der Dokumentation der CH Behandlung insgesamt.

Zwischenzeitlich wurden beide Studien als Abstrakts mit den teilnehmenden KollegInnen der „Hypodok“ Datenbank als Co-Autoren für den 63. Deutschen Kongress für Endokrinologie 2020 in Gießen eingereicht und auch zur Präsentation dort angenommen. Zur Komplettierung der Datensätze werden alle Mitglieder der DGKED nochmals ausdrücklich aufgerufen, auch ihre Patienten mit CH möglichst vollständig in der „Hypodok“ Datenbank zu dokumentieren und aktiv zu deren wissenschaftlichen Charakter in Ergänzung zu der Qualitätssicherung beizutragen. So wird dann auch die Forderung des NAMSE-Anforderungskatalogs nach Dokumentation der Versorgung seltener Erkrankungen (hier CH) in krankheitsspezifischen Patientenregistern mit Forschungsdaten erfüllt als Grundlage der spezielle Budgetierung der Patientenversorgung seltener Erkrankungen.

Schließlich stellte Vera Splittstösser aus Bonn ein Konzept für eine multizentrische Studie zur Betreuung von Patienten mit Morbus Basedow im Kindes- und Jugendalter vor. Das Ziel dieser Untersuchung soll eine retrospektive Analyse der Behandlungspraxis in Deutschland mit Hilfe einer standardisierten Abfrage klinischer und biochemischer Diagnosekriterien, der praktizierten thyreostatischen Behandlungskonzepte als Blockieren/Ersetzen oder Titrieren, des Therapieerfolges mit Erreichen der Euthyreose, der Behandlungsdauer, der Rezidivhäufigkeit und des Einsatzes endgültiger Therapien wie Szintigraphie und Operation. Die Teilnehmer der AG begrüßten diese Studieninitiative und diskutierten Studienparameter und Möglichkeiten der Datenerfassung zum Beispiel auch in einer Erweiterung der existierenden „Hypodok“ Datenbank. Die Bonner werden über den Fortgang dieser Studie sicherlich berichten.

## 1.8 Bericht der AG Adipositas

Moderation Susanna Wiegand, Berlin, Julia v. Schnurbein, Ulm

Thema des AG-Treffens: NAFLD

Allgemeines:

Schwerpunkt der AG-Adipositas war dieses Jahr die nicht alkoholische Fettleber (NAFLD). Hierzu wurde von einer Kollegin aus Berlin, Fr. Laura Kalveram, Charité ein Vortrag gehalten mit dem Thema: „Neues zur nicht-invasiven Diagnostik und Therapie der NAFLD“. In Berlin werden diesbezüglich aktuell verschiedene bildgebende Verfahren (Resonanz Sonographie und MR-Elastographie) untersucht, um eine nicht-invasive Methode zur Erfassung von Ausmaß und Fibrosierung bei NAFLD zu etablieren.

Der Vortrag und zwei Fallbeispiele aus Ulm wurden genutzt, um die unterschiedlichen Vorgehensweisen in den verschiedenen Kliniken zu diskutieren. Gemeinsam wurde erwogen, eine multizentrische klinische Studie zum Thema NAFLD unter der Leitung der Charité zu etablieren. Bei Interesse wird gebeten, mit Susanna Wiegand oder Julia v. Schnurbein per email Kontakt aufzunehmen.

Für die nächste AG-Sitzung erbitten die AG-Leiter Themenvorschläge und Fallpräsentationen.

Susanna.Wiegand@charite.de

julia.schnurbein@uniklinik-ulm.de

---

## 1.9 Bericht der AG Kalzium- und Phosphatstoffwechsel

Moderation Dirk Schnabel, Berlin, Mirko Rehberg, Köln

Die AG Kalzium- und Phosphatstoffwechsel hat sich im Rahmen der Jahrestagung der pädiatrischen Endokrinologen und Diabetologen mit einem breiten Themenspektrum beschäftigt. Dabei ging es um die klinische Versorgung unserer Patient\*innen, um die Arbeit in Netzwerken seltener Knochen-Erkrankungen und um aktuelle Forschungsprojekte bei Achondroplasie.

Im ersten Abschnitt berichtete Frau Prof. Bechtold-Dalla Pozza aus München über die aktuelle Kinderschutzleitlinie und die Diagnostik bei Frakturen im Säuglings- und Kleinkindalter. Im Detail sei auf die Leitlinie unter <https://www.dgkim.de/leitlinien/awmf-s3-leitlinie-kinderschutz> verwiesen.

Die Diskussion wurde zum Teil kontrovers geführt und führte nicht immer zu einem Konsens unter den Anwesenden. Zu Abgrenzung von missbrauchsbedingten Frakturen (Battered Child Syndrom, BCS) von Skeletterkrankungen sind primär anamnestische, klinische und radiologische Kriterien zu berücksichtigen. Grundsätzlich muss berücksichtigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Fraktur im Säuglings- und Kleinkindalter durch körperliche Gewalt hervorgerufen wurde, 20fach höher, als dass sie auf eine Glasknochenerkrankung zurückgeführt werden kann und 100fach höher, als metabolische Störungen des Knochens. Besonders hinweisend auf einen Missbrauch sind multiple Frakturen, Rippenfrakturen, Abrissfrakturen, Frakturen der Schulter, des Sternums oder der Dornfortsätze. Bei anamnestisch unklarem oder nicht passendem Frakturhergang und Verdacht auf ein BCS müssen bis zu 21 Röntgenaufnahmen gemacht werden, ein „Babygramm“ ist sowohl aus diagnostischen Gründen, als auch aufgrund des Strahlenschutzes nicht mehr indiziert. Ob wirklich alle 21 Aufnahmen gemacht werden müssen, welche eventuell verzichtbar sind, wurde kontrovers diskutiert. Hinweisen möchten wir darauf, dass 10-14 Tage nach den ersten Aufnahmen mindestens der Thorax schräg und alle Extremitäten, welche Hämatome aufweisen, nachgeröntgt werden sollten.

In jedem Fall gehört zur Vervollständigung der Diagnostik eine erweiterte Labordiagnostik inklusive des Knochenstoffwechsels (Alkalische Phosphatase, Calcium, Phosphat, Parathormon und Vitamin D im Serum, Calcium, Phosphat und Kreatinin im Urin) und eine genetische Untersuchung auf Osteogenesis imperfecta. Welche genetische Diagnostik dabei gemacht werden sollte, ist nicht abschliessend entschieden worden.

Frau PD Dr. med. Grasemann berichtete im Anschluss von zwei Netzwerken zu seltenen osteologischen Erkrankungen. Im deutschsprachigen Raum gibt es das Netzwerk seltene Osteopathien (NetsOs), eine Sektion der deutschen Gesellschaft für Osteologie. Erreichbar ist dieses Netzwerk für Patient\*innen und Ärzt\*innen unter <http://www.dgosteo.de/netsos/initiative>.

Auf europäischer Ebene gibt es die Referenzwerke für seltene Erkrankung (European Reference Network (ERN)), organisiert nach verschiedenen Erkrankungsgruppen ua. Metabolische Erkrankungen, endokrinologische Erkrankung und auch seltene Knochen-Erkrankungen. Für den Knochen ERN (ERN-BOND) stehen die Osteogenesis imperfecta und die Achondroplasie organisatorisch im Fokus. Es gibt verschiedene Arbeitsgruppen (natürlicher Verlauf, Diagnose, Therapie und viele mehr), welche sich mit verschiedenen Aspekten beschäftigen. Die Homepage des Knochen-ERN ist <http://ernbond.eu>. Zudem gibt es digitale, klinische Falldiskussionen. In diesen kann und sollen die Teilnehmer\*innen seltene oder schwierige Fälle mit offener Fragestellung zur Diagnose, Betreuung oder zum weiteren Vorgehen einstellen. Die Teilnahme ist auch über einen Gastaccount möglich. Weitere Informationen gibt es unter [info@ernbond.eu](mailto:info@ernbond.eu).

Im letzten Abschnitt ging es um aktuelle oder geplante Medikamentenstudien bei Achondroplasie. Diese Medikamente greifen an verschiedenen Targets im Signalweg des FGF3-Rezeptors ein. Es gibt verschiedene Firmen, welche Medikamente in (prä-) klinischen Studien erproben. Ansprechpartner dafür sind Herr Prof. Mohnike in Magdeburg, Herr Dr. Schnabel in Berlin oder Herr PD Dr. Semler in Köln.

Da Herr Dr. Schnabel zukünftig Präsident der DGKED sein wird, wird die Moderation der AG Kalzium- und Phosphatstoffwechsel zukünftig von Christoph Land und Oliver Semler übernommen. Mit diesem „Generations-Wechsel“ sollen aber auch jüngere Kollegen intensiver in die Arbeit der DGKED eingebunden werden. Wir danken Dirk Schnabel für die jahrelange Organisation und Moderation unserer aktiven Arbeitsgruppe.

### **1.10 Bericht der Arbeitsgruppe DSD**

Moderation: Annette Richter-Unruh, Bochum

Prof. Dr. Olaf Hiort, Lübeck berichtet über die DSD News: EndoERN und DSDCare. Der Call 2019 für die Antragstellung/Bewerbung zur Aufnahme in das European Reference Network (ERNs) endet am 30. November 2019. Bei dem Projekt DSDCare geht es um die „Leitlinienkonforme Versorgung von Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (Differences of Sex Development/DSD)“ im Rahmen einer standardisierten zentren-bezogenen Versorgung. Mit dem Bewilligungsbescheid des DLR wird Anfang 2020 gerechnet.

Dr. Uta Neumann, Berlin: Vorstellung der Studie EmpowermentDSD mit der Entwicklung und Evaluation eines diagnose-spezifischen interdisziplinären Konzeptes für Informationsmanagement für Kinder- und Jugendliche mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Durch Patienten Empowerment soll das Coping verbessert, das Auftreten psychischer Störung verringert und soziale Partizipation verbessert werden, um schließlich die Erkrankungslast im Verlauf zu verringern und zu Kostenersparnis im Gesundheitssystem zu führen. Der Projektstart war im Herbst 2019, aktuell werden die Schulungen entwickelt. Rekrutierungsstart ist im Sommer 2020 geplant.

Prof. Dr. Annette Richter-Unruh, Bochum berichtet über die Entwicklung einer Web-Seite zum Thema „Intergeschlechtlichkeit“, die vom Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert wird. Der Launch ist Anfang 2020 geplant.

Dr. Kathrin Fleischer, Nijmegen, Niederlande stellt ihr Projekt zur Fertilitätsprotektion bei Ullrich-Turner-Syndrom vor. Das Protokoll ist gerade veröffentlicht worden. (Schleedoorn M1, van der Velden J2, Braat D3, Beerendonk I3, van Golde R4, Peek R3, Fleischer K3. TurnerFertility trial: PROTOCOL for an observational cohort study to describe the efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation in females with Turner syndrome. BMJ Open. 2019 Dec 11;9(12).

---

### **1.11 Bericht der AG PEP**

Protokoll Mitgliederversammlung des Vereins Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis e.V. (PEP eV) , Saabrücken, Sep. 2019

Im Vordergrund der diesjährigen Mitgliederversammlung stand das Ergebnis der Mitgliederbefragung über die Versorgung der endokrinologischen Patienten im Jahre 2018 innerhalb der PEP eV. An der Befragung haben 13 Praxen teilgenommen, in denen insgesamt 25 Ärzte, somit durchschnittlich 1,9 Ärzte/Praxis tätig waren. Insgesamt wurden von diesen Praxen 97 Medizinische Fachangestellte (MFA), d.h. durchschnittlich 6,1 MFA's pro Praxis beschäftigt. Von den 13 Praxen betreuten 12 Praxen pädiatrisch endokrinologische und 9 Praxen pädiatrisch diabetologische Patienten.

70.233 allgemein-pädiatrische und endokrinologische/diabetologische Patienten wurden im Jahre 2018 insgesamt betreut, was pro Praxis durchschnittlich 5.459 Patienten ausmacht. Von diesen Patienten wurden in 2018 insgesamt 14.783 endokrinologische oder diabetologische Patienten, d.h. 1.137 Patienten/Praxis und Jahr betreut.

In diesem Zeitraum wurde insgesamt 490 1-Stunden- und 1298 2 Stunden-Endo-Funktionstests durchgeführt.

Die durchschnittliche Wartezeit für einen Behandlungstermin betrug bei den privaten oder gesetzlich versicherten Patienten ca. 10 Wochen.

Zur ärztlichen Versorgung der endokrinologischen und diabetologischen Patienten wurden pro Woche 37,7 Stunden pro Praxis aufgewendet. Der Arbeitsaufwand der MFA's betrug 25,4 Stunden. Die ärztliche Arbeitszeit pro Funktionstest (1 Stunde) inkl. Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung betrug 23 min, die der MFA 54 min. Für die 2-Stundentests betrug der Zeitaufwand für die Ärzte 66 min, für die MFA's 144 min.

Zur Betreuung dieser Patienten wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Praxen ein durchschnittliches EBM-Honorar in der Höhe von 59,42 pro Patient ausbezahlt. Der Vergleich der einzelnen Praxen zeigte aber einen massiven Unterschied innerhalb der einzelnen Bundesländer: Der geringste Betrag lag mit 32,80 € in Sachsen, der höchste Betrag mit 83,70 € in der Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern. Erste Analyse zeigen, dass der durchschnittliche Betrag deutlich unterhalb der Betriebskosten für die Versorgung dieser Patienten liegt. Weitere Auswertungen unter Berücksichtigung der betriebswirtschaftlichen Analyse werden folgen.

---

### **1.12 Bericht der AGDiabetes und Folgeerkrankungen**

Moderation: K.O. Schwab, Freiburg

Unter der Moderation von K.O. Schwab, Freiburg, und der Protokollführung von M. Wurm, Regensburg, besprachen wir die Flowcharts zur Kontrolle des Lipidprofils und der Blutdruckwerte, die sich aus der Diskussion in der vorherigen Sitzung dieser AG ergeben haben. Verschiedene Änderungen wurden vorgenommen. Weiterhin begannen wir, die Vorsorge einer diabetischen Retinopathie und Nephropathie zu besprechen. Auch hier ist die Erstellung von leicht verständlichen Flowcharts für die Erfassung von Folgeerkrankungen des Diabetes vorgesehen. Schlussendlich soll ein Manuskript die Ergebnisse zusammenfassen und allen pädiatrischen Diabetologen zugänglich gemacht werden.

## 2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und AGPD (JA-PED) 2019 in Saarbrücken: Stipendiaten und Preisträger

(Bildrechte: ©silke brenner fotografie)

Ein herzlicher Dank geht an die Tagungspräsidenten der Saarbrücker JA-PED 2019 Herrn Prof. Tilman Rohrer und sein Team, sowie das Luxemburger Team um Frau Dr. Marianne Becker für das ausgezeichnete wissenschaftliche Programm, das großartige Ambiente und den freundlichen Umgang.



Das Luxemburger Team: Dr. Ulrike Schierloh, Dr. Marianne Becker, Dr. Michael Witsch, Prof. Carine de Beaufort.

### Jürgen-Bierich-Preis 2019 gestiftet von Pfizer



Thomas Morick (Pfizer), PD Dr. H. Hoyer-Kuhn, Prof. J. Wölfle

#### Klinisch

PD Dr. med. Heike Hoyer-Kuhn

„Individualized treatment with Denosumab in Children with Osteogenesis imperfecta – follow up of a trial cohort“

## Jürgen-Bierich-Preis 2019 gestiftet von Pfizer



Thomas Morick (Pfizer), Dr. Bae-Gartz, Prof. Wölfle

### Experimentell

Dr. med. Inga Bae-Gartz

„Maternal Obesity Alters Neurotrophin-Associated MAPK Signaling in the Hypothalamus of Male Mouse Offspring“

## Dietrich-Knorr-Preis 2019 gestiftet von Ferring



Dr. Ceplis-Kastner (Ferring), stellvertretend Prof. Richter-Unruh, Prof. Wölfle

Dr. med. Hedi Claahsen - von der Grinten

„Adrenal Steroid Metabolites Accumulating in Congenital Adrenal Hyperplasia Lead to Transactivation of the Glucocorticoid Receptor“

## Klaus-Kruse-Stipendium 2019 gestiftet von Novo Nordisk



Dr. Schnabel, PD Dr. Fahlbusch, Dr. Meckes-Ferber (Novo Nordisk)

PD Dr. med. Fabian B. Fahlbusch, Erlangen

„Beobachtungsstudie zur Funktion und Reife der Hypothalamus- Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA) und deren Relation zu immunologischen Parametern bei früh- und reifgeborenen Neonaten“

## Weiterbildungsstipendium der DGKED



Dr. med. Vera Splittstößer  
aufnehmende Klinik UK Bonn

Dr. Schnabel, Dr. Splittstößer, Dr. Meckes-Ferber (Novo Nordisk)

## STEPS Awards der DGKED gestiftet von Merck-Serono



Lucy Magill

„Früher Beginn der Wachstumshormongabe hat positive Auswirkung auf Größe und metabolische Parameter bei Kindern mit Prader-Willi-Syndrom“

Dr. Nazari (Merck-Serono), Lucy Magill, Dr. Schnabel

## STEPS Awards der DGKED gestiftet von Merck-Serono



Dr. med. Isabel Wagner

„De-novo and depot-specific androgen production in human adipose tissue - a source of hyperandrogenism in obese females“

Matthias Meergans (Merck-Serono), Dr. Nazari (Merck-Serono), Dr. Wagner, Dr. Schnabel

## Posterpreis der DGKED gestiftet von Sandoz



Theresia Lehrian

„Adoleszentenwachstum und Lebensqualität bei KEV“

Dr. Sommer (Sandoz), Theresia Lehrian, Prof. Wölfle

## Posterpreis der DGKED gestiftet von Sandoz



Dr. med. Susanne Thiele-Schmitz

„Etablierung eines NGS-Genpanels zur schnellen und sicheren Diagnoseerstellung der X-chromosomal vererbten hypophosphatämischen Rachitis, (XLH)“

Dr. Sommer (Sandoz), Dr. Thiele-Schmitz, Prof. Bechtold-Dalla Pozza

## Leonard-Thompson-Gedächtnispreis der AGPD gestiftet von Sanofi



Dr. med. Franziska Liebrich

„Von Anfang an auf Augenhöhe - ein Modellprojekt zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen durch Peer-Berater bei Manifestation eines Diabetes mellitus“

Reimo Schmitt (Sanofi), Dr. Liebrich, PD Dr. Kapellen

## AAA der AGPD



Dr. med. Marcia Röper

„Risikofaktoren für eine hypoglykämische Hirnschädigung bei transientem oder persistierendem Hyperinsulinismus“

Dr. Röper, Prof. Meißner

## AAA der AGPD



Dr. med. Julian Roos

„microRNA-146a – Ein Regulator der zellulären und systemischen Insulinsensitivität“

Prof. Meißner, Dr. Roos

## Neuigkeiten rund ums Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen



Um die zunehmend stärkere Bedeutung von Kindern und Jugendlichen für ihre Arbeit noch mehr zu betonen, hat die Patientenorganisation Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V. ein neues Logo entwickelt (siehe Abbildung). Nun ist auch im Logo auf den ersten Blick ersichtlich, wie wichtig dem Verein die Pädiatrie ist.

In diesem Zusammenhang hat er auch Kuschellöwen für Kinder mit freundlicher Unterstützung der Knappschaft erstellt. Die Löwen wurden bereits von einer Regionalgruppe Saar-Pfalz „getestet“ und von den Kleinen begeistert angenommen. Nun stehen sie bundesweit zur Verfügung und sollen über die Regionalgruppen sowie an Arztpraxen und Kliniken verteilt werden.



Frisch erschienen ist außerdem mit freundlicher Unterstützung der IKK classic die grundlegend überarbeitete und aktualisierte Broschüre „Wachstumshormonmangel und Wachstumshormontherapie – vom Kind zum Erwachsenen“.

Erzählt wird die Geschichte des 17-jährigen Jans, der unter Wachstumshormonmangel leidet, und der 23-jährigen Julia, die ein Kraniopharyngeom hat. Beide werden mit Wachstumshormon behandelt. Die vielfältigen Fragen, die im Zusammenhang mit dieser Therapie auftreten, werden aus der Sicht des pädiatrischen Endokrinologen und aus der Sicht des internistischen Endokrinologen kommentiert. Die neue Version stammt von Prof. Dr. med. Johannes Hensen und Prof. Dr. med. Walter Bonfig. An der ursprünglichen Publikation von 2001 war Prof. Dr. med. Helmuth-Günther Dörr beteiligt.



Auf [www.glandula-online.de](http://www.glandula-online.de) > Downloads > Broschüren > „Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche“ ist auch eine zielgruppengerechte animierte Online-Version zu finden.

Herausgegeben wurde außerdem die Jubiläumsausgabe der Mitgliederzeitschrift GLANDULA: die Nr. 50 – natürlich wieder mit dem kinder- und jugendendokrinologischen Teil GLANDULinchen. Themen sind unter anderem „Schwangerschaften nach Kraniopharyngeom im Kindes- und Jugendalter“ (Autor: Prof. Dr. med. Hermann Müller) und „Wachstum und Pubertät bei Adrenogenitalem Syndrom“ (Autorin: Dr. med. Ulrike Jacoby).

Adrenogenitalem Syndrom“ (Autorin: Dr. med. Ulrike Jacoby).

## 5. Stipendien, Preise und Deadlines 2021

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

### **Jürgen-Bierich-Preis 2021**

Deadline: siehe Website

### **Weiterbildungsstipendium der "Kinderendokrinologie und -diabetologie" 2021/2022**

Deadline: siehe Website

### **Klaus-Kruse-Stipendium 2021**

Deadline: 28. September 2020

### **Dietrich-Knorr-Preis 2021**

Deadline: 28. Februar 2021

### **STEPS-Award 2021**

Deadline: siehe Website

### **Sandoz-Posterpreis 2021**

anlässlich der JA-PED 2021

### **ESPE-Reisestipendium 2021**

Deadline: siehe Website

**Alle Ausschreibungen im Detail finden Sie auf unserer Homepage:** [www.dgked.de](http://www.dgked.de)

## 6. JA-PED Stuttgart

15. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. mit der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V. in Stuttgart vom 23.-25. Juni 2021.

Themenschwerpunkte

- Diabetes-Technologie
- digitalisiertes Diabetes-Management
- multidisziplinäres Diabetes-Team
- Gehirn und Insulin / Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörungen
- ISPAD-Symposium
- Pubertät und Hypogonadismus
- Regulation von Salz- und Wasserhaushalt
- Hypophysenadenome (mit DGE)
- Niere und Hormone
- Diagnostik des Wachstumshormonmangels in Europa
- extreme Adipositas

Weitere Informationen finden Sie ebenfalls auf der Kongresshomepage unter: [www.ja-ped.de](http://www.ja-ped.de).



## Impressum

Redaktion: Joachim Wölfle, Wolfgang Seel  
Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zum  
Newsletter; bitte schicken Sie diese an:  
[w.seel@dgked.de](mailto:w.seel@dgked.de)

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. med. J. Wölfle

Geschäftsstelle DGKED e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e.V. (DGKED) | [www.dgked.de](http://www.dgked.de)

Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin |

Tel. +49 (30) 28 04 68 04 | Fax +49 (30) 28 04 68 06