



Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische  
Endokrinologie und Diabetologie (APE)  
Mitglied im Konvent für fachliche Zusammenarbeit  
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und  
Jugendmedizin e.V. (DGKJ)



Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie

Sektion Pädiatrische Endokrinologie  
und Diabetologie  
in der Deutschen Gesellschaft für  
Endokrinologie (DGE)

## Newsletter Nr. 06 ♦ Dezember 2010

### Inhalt

#### Editorial

1. Bericht über die gemeinsame Jahrestagung in Augsburg
2. Ankündigung der nächsten gemeinsamen Jahrestagung in Berlin
3. Weitere Jahrestagungen
4. Leitlinien
5. Berichte der Arbeitsgruppen
6. Stipendiaten und Preisträger
7. Ausschreibung von Stipendien und Preisen
8. Hospitationen in Weiterbildungszentren
9. Wichtige Termine und Deadlines
10. Impressum

### Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Sie erhalten nun den 6. Newsletter der APE. Darin finden Sie einen kurzen Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung in Augsburg, Informationen zu dem aktuellen Stand unserer Leitlinien, die Kurzberichte der Arbeitsgruppen, Informationen über die Stipendiaten und Preisträger 2010 und weitere Informationen.

In den vergangenen Monaten konnte die themenorientierte Zusammenarbeit zwischen den Moderatoren der Arbeitsgruppen und dem Vorstand intensiviert werden. Als ein Ergebnis sei hier die Weiterentwicklung der Leitlinien genannt, die jetzt nahezu vollständig sind und bei der AWMF noch im Dezember 2010 publiziert werden.

Die Inhalte der diesjährigen Mitgliederversammlung entnehmen Sie bitte dem zusammen mit diesem Newsletter verschickten Protokoll über die Mitgliederversammlung.

Ich bedanke mich auch im Namen des Vorstandes bei den AG-Moderatoren sowie bei allen Mitgliedern für die konstruktive Zusammenarbeit und Unterstützung im Jahr 2010.

Für das Jahr 2011 haben wir uns wieder viel vorgenommen. Eine zentrale Aufgabe wird es sein, die Vereinsgründung vorzubereiten. Das Ziel ist es, im Rahmen der Jahrestagung 2011 im November in Berlin, einen Verein zu gründen. Hierzu darf ich nochmals auf das Rundschreiben an alle APE-Mitglieder vom

14. Oktober 2010 (zukünftige Organisationsstruktur der APE/SPED – Vereinsgründung) verweisen.

Für das Weihnachtsfest wünsche ich friedevolle und besinnliche Tage im Kreis der Freunde und der Familien und für das neue Jahr Gesundheit, Glück und Erfolg!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Martin Wabitsch  
Sprecher der APE  
für den Vorstand (PD Dr. S. Heger, Dr. C. Brack, Dr. W. Marg, Prof. Dr. P.M. Holterhus, Dr. D. Schnabel)

### 1. Bericht über die gemeinsame Jahrestagung in Augsburg

Wir bedanken uns bei Frau Dr. Dunstheimer und Herrn Prof. Dr. Heidemann für die Ausrichtung der gemeinsamen Jahrestagung 2010 in Augsburg. Es wird für uns alle eine unvergessliche Tagung bleiben.





---

## 2. Ankündigung der nächsten gemeinsamen Jahrestagung in Berlin

6. Gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaften für Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

11. – 13. November 2011, Berlin

[www.ja-ped.de](http://www.ja-ped.de)

Tagungspräsidenten:

Herr Dr. Dirk Schnabel

Herr PD Dr. Klemens Raile

---

## 3. Weitere Jahrestagungen

**JA-PED 2012 in Erlangen**

Tagungspräsidenten:

Herr Prof. Dr. Dörr, n.n.

**JA-PED 2013 in Hannover**

Tagungspräsidenten:

Frau PD Dr. Heger, Herr Prof. Dr. Danne

**Ausrichtung der JA-PED 2014: Bitte um Vorschläge**

Auch im Jahr 2014 soll wieder eine gemeinsame Jahrestagung von APE und AGPD stattfinden. Der Vorstand der APE ruft dazu auf, Vorschläge für den Tagungsort und die Tagungspräsidenten beim APE-Sekretariat einzureichen. Da wir wieder eine gemeinsame Jahrestagung durchführen wollen, sollte einer der Kongresspräsidenten/Innen die pädiatrische Endokrinologie und einer der Kongresspräsidenten/Innen die pädiatrische Diabetologie vertreten. Wir bitten um Einreichung der Vorschläge **bis zum 31. März 2011**. Die Vorschläge werden dann im KAPED besprochen und auf der Mitgliederversammlung der APE 2011 vorgestellt.

---

## 4. Leitlinien

Die Leitlinien der APE sind auf der AWMF-Homepage unter <http://www.awmf.org/leitlinien.html> einzusehen.

**Bisher erschienene Leitlinien (mit AWMF-Registernummer)**

Kleinwuchs **S1** (027-023)

Wachstumshormonmangel **S2k** (089-001)

Störungen der Geschlechtsentwicklung **S1** (027-022)

Hodenhochstand **S2k** (006-022)

Hypoparathyreoidismus **S1** (027-035)

Primärer Hyperparathyreoidismus **S1** (027-036)

Vitamin D-Mangel-Rachitis **S1** (027-037)

Hereditäre hypophosphatämische Rachitis **S1** (027-038)

Vitamin D-abhängige Rachitiden **S1** (027-039)

Cushing-Syndrom **S1** (027-033)

Nebennierenrinden-Insuffizienz **S1** (027-034)

Adrenogenitales Syndrom **S1** (027-047)

Kongenitaler Hyperinsulinismus **S1** (027-045)

---

## Neue Leitlinien (Veröffentlichung 12/2010)

Panhypopituitarismus **S1**

Diabetes insipidus neurohormonalis **S1**

Hochwuchs **S1**

Pubertas tarda und Hypogonadismus **S1**

Pubertas praecox **S1**

Gynäkomastie **S1**

Angeborene Hypothyreose **S2**

Autoimmunthyreoiditis **S1**

Hyperthyreose **S1**

Angeborene Hyperthyreose **S1**

Schilddrüsenkarzinome **S1**

---

## 5. Berichte der Arbeitsgruppen

**Bericht der Arbeitsgruppe Historie der APE**

**Moderation: V. Hesse, H.G. Dörr**

**Gliederung:**

Pädiatrische Endokrinologie in Deutschland bis 1945.

Pädiatrische Endokrinologie in den alten Bundesländern und der ehemaligen DDR.

Geschichte der gesamtdeutschen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Endokrinologie (nach 1991).

**Ergebnisse/Informationen:**

Angestrebt wird zunächst, die Pioniere der Pädiatrischen Endokrinologie in Deutschland über ihre individuellen Erfahrungen beim Aufbau des Fachgebietes zu befragen. Zu einigen Persönlichkeiten wurde bereits Kontakt aufgenommen. Über die APE der ehemaligen DDR konnte bereits Material zusammengeführt werden. Eingebunden werden sollen in der ersten Phase der Faktensammlung auch die ehemaligen, sowie die jetzigen Sprecher der APE und die Leiter der großen endokrinologischen Zentren. Weiterhin soll der Geschichte der verschiedenen endokrinologischen kleinen Organisationen dargestellt werden, z. B. MAPE, AG der Küstenländer, Endokrinologie in der Praxis u. a. Besondere Kapitel sind der Entwicklung der Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Pädiatrischen Endokrinologie und dem Neugeborenen-Screening auf endokrine Erkrankungen gewidmet.

Die Koordinatoren und der APE-Vorstand bitten die APE-Mitglieder sehr herzlich um aktive Mitarbeit - nur so kann eine Schrift entstehen, welche die Dynamik der Entwicklung unseres so spannenden Fachgebietes lebhaft darstellt.

**Ansprechpartner:**

Prof. Dr. V. Hesse (v.hesse@sana-kl.de)  
Prof. Dr. H. G. Dörr (helmuth-guenther.doerr@Kinder.imod.uni-erlangen.de)

---

**Bericht der Arbeitsgruppe Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis**  
**Moderation: C. Brack****Laufende Studien:**

Erfassung der Versorgungssituation in der Pädiatrischen Endokrinologie; Praxen; MVZ; Ermächtigte. Es sollen retrospektiv die Kontakte in Pädiatrisch Endokrinologischen Praxen/MV und Ermächtigungsambulanzen für 2010 erfasst werden: Patientenzahlen nach Erstkontakten und Patientenkontakten in fortlaufender Betreuung unterschieden, sowie nach Diagnose(n); Verdachtsdiagnose(n), Kontakthäufigkeit/Q und/Jahr sowie nach einigen weiteren Daten strukturiert; die gleiche Erfassung wird für 2011 quartalsweise während der laufenden Tätigkeit durchgeführt. So erwarten wir praxisrelevante Daten zur Versorgungsstruktur und zum Versorgungsbedarf erheben zu können.

**Ergebnisse:**

Erste Ergebnisse sollen auf der JA-PED in Berlin vorgestellt werden. Die Erhebung wird über elektronische Erfassung und auf Papier durchgeführt werden, in der Regel aus vorliegenden Abrechnungsdaten der Teilnehmer. Start wird direkt nach dem Jahreswechsel sein, die AG-Teilnehmer werden per E-Mail benachrichtigt.

**Weitere Ergebnisse/Informationen:**

Wir haben die vorliegenden lückenhaften Daten der Anzahl der AK anerkannten Päd. Endokrinologen und Diabetologen aus verschiedenen Daten-Pools zu erfassen versucht (PEP-Verteiler; APE-Umfrage; eigene persönliche Kenntnisse); AWB-Teilnehmer etc) und deren Verteilung sowie die der ambulanten und stationär tätigen Institutionen und Personen über Städte und Regionen der BRD diskutiert. Die Datenlage von BÄK; DGKJ; BVKJ und unsere eigenen Kenntnisse hierzu sind erheblich different. Hier besteht ebenfalls noch dezidierter Klärungsbedarf, bevor Versorgungsstrukturen und -Erfordernis und die zukünftige Entwicklung rational und pragmatisch diskutiert werden können.

---

**Bericht der Arbeitsgruppe Pubertät und Gonaden**  
**Moderation: B.P. Hauffa, J. Rohayem****Leitlinien:**

Es standen die LL E3 Pubertas tarda, E4 Pubertas praecox, E5 Normvarianten der Pubertätsentwicklung; Prä-mature Thelarche und prä-mature Adrenarche, E6 Gynäkomastie und E13 Hypothalamischer/hypophysärer Hypogonadismus aus dem Jahr 2003 zur Neufassung an. Im Vorfeld war mit den Autoren der 2003-Version Einigkeit darüber hergestellt worden, E3 und E13 zur Leitlinie E3 Pubertas tarda und Hypogonadismus (B.P. Hauffa, G. Simic-Schleicher) zusammenzufassen, die prä-mature Thelarche unter E4 Pubertas praecox (S. Heger, H.-G. Dörr) zu subsumieren, sowie das Thema "prä-mature Adrenarche" der AG Nebenniere zu übertragen. Damit entfallen die Leitlinien E5 und E13. Die Leitlinie E6 Gynäkomastie (H.-G. Dörr, G.H.G. Sinn-ecker) wurde thematisch nicht verändert, lediglich neubearbeitet. Die überarbeiteten LL wurden vorge-

stellt, diskutiert und einige Änderungen gleich vorgenommen. LL E3 wurde konsentiert, LL E4 und E6 werden den Mitgliedern noch zur Kommentierung zugehen.

**Laufende Studien:**

Frau Dr. Rohayem (Julia.Rohayem@uniklinikum-dresden.de) stellte die von ihr konzipierte multizentrische Beobachtungsstudie zur Pubertäts- und Fertilitätsinduktion vor. Die Begutachtung bei der Ethikkommission der Universität Dresden ist fortgeschritten. Es kann mit einem positiven Votum gerechnet werden. Ziel der Studie ist, bei Kinder im pubertätsreifen Alter mit nachgewiesenem zentralen Hypogonadismus neben der Pubertätsinduktion auch das Hodenwachstum zu fördern und Aussichten auf eine spätere Fertilität zu verbessern.

Herr Prof. Hauffa, Essen (berthold.hauffa@uk-essen.de) stellte eine in Vorbereitung befindliche multizentrische nichtinterventionelle Studie über den Gebrauch von langwirksamem Testosteronundecanoat als Substitution bei Jugendlichen mit Hypogonadismus nach Abschluss von Längenwachstum und Pubertät vor. Die Studie wird von BAYER Healthcare gesponsert werden. Als Beginn ist März 2011 ins Auge gefasst.

**Weitere Ergebnisse/Informationen:** Die Sitzung schloss mit einer Betrachtung zur Entwicklung des Menarchealters in Industriegesellschaften von Prof. Hermanussen, Aschauhof. Bei einer Verschiebung hin zu einem jüngeren Alter über die letzten 160 Jahre kommt dem Menarchealter und seiner Varianz die Rolle eines Indikators für Gesundheit und Wohlstand zu.

---

**Bericht der Arbeitsgruppe Nebenniere**  
**Moderation: F. Riepe****Leitlinien:**

Die in der AG Nebenniere durchgeführte Überarbeitung der Leitlinien E14 Cushing, E15 Nebennierenrindensuffizienz und E16 Adrenogenitales Syndrom ist abgeschlossen. Die Leitlinien sind auf der AWMF Homepage einsehbar.

**Laufende Studien/Erhebungen:**

Dokumentation der pränatalen Therapie des adrenogenitalen Syndroms mit Dexamethason, Prof. Dr. Dörr, helmuth-guenther.doerr@uk-erlangen.de.

Erfassung seltener Nebennierenerkrankungen, PD Dr. Riepe, friepe@pediatrics.uni-kiel.de.

**Weitere Ergebnisse:**

Schwerpunkt der AG Sitzung war die Qualitätssicherung in der Betreuung von Patienten mit Adrenogenitalem Syndrom. Herr Dr. Röhl aus Magdeburg stellte hierzu ausführlich die Struktur, Datenqualität und Überlegungen zum Benchmarking der AQUAPE-AGS Datenbank in PEDA-QS dar. Derzeit sind 1216 Kinder (686 Mädchen, 530 Jungen) aus 37 Zentren in der Datenbank gemeldet. Von 1181 Kindern sind 18136 Untersuchungen auswertbar. Die Anzahl der Fälle je Zentrum hat eine große Spannweite (1->150). Ebenso unterschiedlich ist die Anzahl der gemeldeten Untersuchungen. Die momentane Auswertestrategie berücksichtigt die Darstellung des Ist-Zustandes, Zentrumsvergleiche anhand ausgewählter Kriterien, die körperliche Entwicklung der Patienten und die Outcomebewertung anhand von Langzeituntersuchungen.

Beim letzten Treffen der AQUAPE im März 2010 wurde die Auswertestrategie in verschiedenen Detailfragen geändert. Um Qualitätssicherung effektiv betreiben zu

können, wurde die Notwendigkeit gesehen das Benchmarking zu verbessern. Herr Dr. Röhl informierte über die momentane Ausbaustufe des Benchmarkings. Momentan wird eine Darstellung und ein Vergleich der Qualität auf niedrigster Stufe durch Vergleich einzelner Benchmark-Partner zum Durchschnitt bzw. verteilungsorientiert benutzt. Einer Verbesserung des Benchmarking steht derzeit vor allem eine eingeschränkte Datenqualität im Wege. Da das Programm eine dezentrale Datenhaltung betreibt, sind Fehlerkorrekturen im Zentrum erforderlich. Somit wurde der Entschluss gefasst, einen Korrekturlauf aller Daten mit entsprechender Rückmeldung an die Zentren durchzuführen. Hierzu wird zunächst eine Definition der cut-offs eines jeden erhobenen Parameters nötig sein, die aus den AGs NN / AQUAPE geliefert werden wird.

Die geringen finanziellen bzw. personellen Ressourcen in den einzelnen Zentren wurden von allen Anwesenden als ein dauerhaftes Problem für die vollständige und fehlerfreie Datenerhebung gesehen. Bei der Betrachtung der Neumeldungen fällt auf, dass in den letzten 4 Jahren allenfalls nur noch ein Viertel aller Neuerkrankungen gemeldet wurden. In den 90ziger Jahren war durch hierzu bezahlte Kräfte eine ca. 70% Meldung möglich. Aus diesen Zahlen wurde der Wunsch an den Vorstand der APE formuliert, mit der KVB bessere Vergütungsmodelle (z.B. DMP) für das AGS und andere im NG-Screening erfasste bzw. komplexe endokrinologische Erkrankungen zu verhandeln.

---

#### **Bericht der Arbeitsgruppe Wachstum und Hypophyse**

**Moderation: G. Binder/R. Pfäffle**

##### **Leitlinien:**

1. Die neue S1-Hochwuchs-Leitlinie wurde von J. Brämwig vorgestellt und in der AG ausgiebig diskutiert. Inzwischen wurde eine revidierte Fassung von J. Brämwig unter Mitarbeit von B. Hauffa (Essen) und G. Binder (Tübingen) erstellt, die jetzt bei der AWMF eingestellt werden kann.

2. R. Pfäffle stellte kurz die neuen S1-Leitlinien zum Panhypopituitarismus und zum Diabetes insipidus centralis vor, sie sollen ebenfalls in Kürze publizierbar sein.

##### **Laufende Studien:**

G. Binder rief dazu auf, die Wachstumsdaten von den wenigen unbehandelten Kindern mit Silver-Russell-Syndrom aus allen großen Zentren Deutschlands zusammenzutragen, sofern diese Kinder inzwischen ausgewachsen sind. Diese jungen Erwachsenen sollen im Rahmen einer retrospektiven Fall-Kontrollstudie mit GH-behandelten SRS-Kindern verglichen werden; der primäre Endpunkt ist die Endgröße. Wer solche Kinder kennt und Wachstumsdaten zur Verfügung stellen möchte, ist herzlich dazu eingeladen. (Kontakt: gerhard.binder@med.uni-tuebingen.de)

##### **Weitere Informationen:**

1. J. Kratzsch (Leipzig) berichtete über Nachweismöglichkeiten von anti-hGH-Antikörpern im Serum GH-behandelter Kinder. Therapieinduzierte anti-hGH-Antikörper sind bei 1-6% der Kinder nachweisbar, eine Wachstumsstörung aber nur bei hoher Antikörperaktivität. Falsch hoch gemessene Wachstumshormonspiegel können durch anti-hGH AK im hGH-Immunoassay bewirkt werden. Daher sollte die Bestimmung von anti-hGH AK bei ungeklärtem GH-Therapie-Versagen sowie bei ungewöhnlich hohen GH-Messungen im Rahmen von Re-Testungen durchgeführt werden.

2. G. Binder (Tübingen) berichtete über die erste Methode zum Nachweis des schweren GH-Mangels im Neugeborenen- und Säuglings-Alter. Es handelt sich um die GH-Messung im archivierten Blut der NG-Screeningkarte oder aber aus Serum/Plasma der ersten Lebenswoche. Die klinische Verdachtsdiagnose wird bestätigt, wenn der GH-Wert unter 7 µg/L liegt. Dies konnte an Blut von 300 gesunden und 9 kranken Neugeborenen gezeigt werden. Der alte Grenzwert von 20 µg/L basierte auf alten Messverfahren. Die Messung kann in Tübingen mit Hilfe der archivierten Screeningkarte (ein Blutkreis reicht) auch retrospektiv durchgeführt werden.

---

#### **Bericht der Arbeitsgruppe Kalzium-Phosphat-Knochenstoffwechsel**

**Moderation: D. Schnabel**

##### **Leitlinien (S1):**

E 17 Hypoparathyreoidismus, E18 Hyperparathyreoidismus, E19 Vitamin D-Mangel, E20 Hereditäre hypophosphatämische Rachitis, E21 Vitamin D-abhängige Rachitiden

Nach Vorarbeit von Schnabel/Schönau, erfolgte auf der APE 2009 in Kiel die gemeinsame Bearbeitung in der Arbeitsgruppe. Ende 2009 Mitteilung der Überarbeitung an den Vorstand.

Wichtige Änderungen (Auszug): Definition des Vitamin D-Mangels kleiner 20 ng/ml (50 nmol/l). Schema zur Behandlung der Vitamin D-Mangel-Rachitis. Ergänzung von Störungen im Kalzium-Sensing-Rezeptor als Differentialdiagnose zum Hypo- bzw. Hyperparathyreoidismus.

##### **Laufende Studien:**

Phosphatdiabetes-Studie: „Einfluss einer GH-Therapie auf das Längenwachstum und die Körperproportionen bei kleinwüchsigen Kindern mit Phosphatdiabetes“. Darstellung der 5-Jahres-Daten: Weiterhin zeigt sich eine Stimulation des Wachstum, eine Harmonisierung des Dysproportionierung, eine Zunahme der Muskelmasse, -kraft. Fortführung der Studie unter Beibehaltung der Kontrollgruppe bis zum Erreichen der Endgröße der Patienten (ca. 2013). Ansprechpartner: dirk.schnabel@charite.de

SGA-Power-Studie: „Klinische Studie zum Einfluss einer Wachstumshormon-therapie auf neuro-muskuläre Veränderungen bei Kindern mit intrauteriner Wachstumsverzögerung“ (Phase III). Bisher konnten 25 Patienten randomisiert werden. Es werden dringend noch weitere SGA-Patienten (Präpubertäre Jungen zwischen 6 und 10 Jahren oder präpubertäre Mädchen zwischen 6 und 9 Jahren) gesucht. Ansprechpartner: eckard.schoenau@medizin.uni-koeln.de

---

#### **Bericht der Arbeitsgruppe Schilddrüse**

**Moderation: H. Krude**

##### **Leitlinien:**

Es wurden die Leitlinien zur Angeborenen Hypothyreose (S2plus), Angeborenen Hyperthyreose, Autoimmunthyreoiditis, Hyperthyreose und Schilddrüsenkarzinom entsprechend der Vorlagen besprochen und verabschiedet.

Die Leitlinie zur „Knotenstruma“ wurde nicht auf S1 Niveau aktualisiert. Die Gruppe war sich einig, dass es dringend notwendig ist eine S2 Leitlinie zum Schilddrüsenknoten im Kindes- und Jugendalter zu erarbeiten. Herrn Reinhard Mühlendahl hat sich dankenswerter

Weise bereit erklärt, die Koordination dieser anspruchsvollen und mit verschiedenen Fachdisziplinen abzustimmende Leitlinie zu übernehmen.

Neben der Leitlinienarbeit wurde kurz von Herrn de Souza aus der Arbeitsgruppe von Herrn Holl in Ulm der aktuelle Entwicklungsstand der Connatalen Hypothyreose Datenbank „Hypo-Dok v1.6“ zusammengefasst.

#### **Studien:**

Bezüglich der E4 Erarbeitung gemeinsamer Studien wurde erneut der Bedarf für eine Followupstudie bei Nachweis eines Schilddrüsenknotens diskutiert und bekräftigt. Herr Rohrer wird sich über seine Kontakte zur Pädiatrischen Radiologie und als Degum3 zertifizierter Sonographie des Themas annehmen und eine Studie vorbereiten.“

---

#### **Bericht der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung (AQUAPE)**

**Moderation: K. Mohnike**

Ein ausführlicher Bericht über die Arbeit der Arbeitsgruppe ist auf der Homepage der APE veröffentlicht.

---

## **6. Stipendiaten und Preisträger**

### **Weiterbildungsstipendium der APE**



**Stipendiatin: Frau Dr. Marianne Becker, Berlin**

Weiterbildungszentrum:  
Charité Campus Virchow Klinikum  
Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinik für Allgemeine Pädiatrie / Sozialpädiatrisches Zentrum, Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie  
(Leiter: Prof. Dr. H. Krude, Dr. Dirk Schnabel)

### **Klaus-Kruse-Stipendium (Sponsor: Novo Nordisk Pharma GmbH)**



**Stipendiatin: Frau Dr. rer. nat. Katrin Tefs, Hannover**

Titel des Forschungsprojektes: „Regulation der GnRH-Neuronenfunktion“

Forschungsaufenthalt im Forschungslabor der Forschungsgruppe von Herrn Dr. Prévot, Lille, Frankreich.

### **Jürgen-Bierich-Preis (Sponsor: Pfizer Pharma GmbH)**



**Preisträgerin (Experimentelle Arbeit):**

**Frau Isabell Wagner, Kiel/Leipzig**

Titel der Arbeit: „Cannabinoid Type 1 Receptor mediates Depot-Specific Effects on Differentiation, Inflammation and Oxidative Metabolism in Inguinal and Epididymal White Adipocytes“

**Preisträgerin (Klinische Arbeit):**

**Frau Dr. Julia Rohayem, Dresden**

Titel der Arbeit: „Diabetes mellitus and neurodegenerative Disease in Wolfram Syndrome (DIDMOAD): A multicentric longitudinal Study of Phenotype and Genotype“.

### **STEPS-Award (Sponsor: Merck Serono GmbH)**



**Preisträgerin: Frau Michaela Keuper, Ulm**

Titel der Arbeit: „Obesity-associated macrophage infiltration in human adipose tissue is linked to apoptosis of fat cells“.

**Preisträgerin: Frau Anja Büscher, Essen**

Titel der Arbeit: „Funktionelles IGFBP-3 ist ein aussagekräftiger Parameter zur Erfassung von Veränderungen der GH/IGF-Achse bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz“.

---

## 7. Ausschreibung von Stipendien und Preisen

### Weiterbildungsstipendium der APE 2011

Deadline: 1. Juni 2011.

### Jürgen-Bierich-Preis 2011

Deadline: 1. Juli 2011.

### Klaus-Kruse-Stipendium 2011

Deadline: 30. Juni 2011

### STEPS-Award 2011

Deadline entspricht der Abstracts-Deadline für die JA-PED 2011.

Alle Ausschreibungen und Deadlines finden Sie zu gegebenem Zeitpunkt auf unserer Homepage [www.paediatrische-endokrinologie.de](http://www.paediatrische-endokrinologie.de)

---

## 8. Hospitationen in Weiterbildungszentren

Die APE möchte Hospitationen ihrer Mitglieder in Weiterbildungszentren für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie fördern. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung und Nachwuchsförderung.

Falls keine eigenen Finanzmittel für einen Gastaufenthalt zur Hospitation vorhanden sind, kann ein Antrag auf Unterstützung einer Hospitation an den APE-Sprecher gerichtet werden.

Für eine Hospitation wird durch die APE eine Bescheinigung ausgestellt. Das gastgebende Zentrum soll ein Curriculum für die vorgesehene Zeit vorlegen und ein kurzes Zeugnis an den APE-Sprecher schicken. Der Hospitant soll einen kurzen Bericht vorlegen.

Die Leiter der Weiterbildungszentren werden hiermit aufgerufen, ihre Spezialgebiete der Diagnostik und Patientenversorgung an das APE-Sekretariat zu melden, damit diese Informationen im Zusammenhang mit dem Bereich Hospitationen auf der APE-Homepage veröffentlicht werden können.

---

## 9. Wichtige Termine und Deadlines:

54. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie  
30.03. – 02.04.2011 in Hamburg  
([www.dge2011.de](http://www.dge2011.de))

13th European Congress of Endocrinology (ECE2011)  
30.04.-04.05.2011 in Rotterdam  
([www.ece2011.com](http://www.ece2011.com))

ENDO 2011  
04.-07.06.2011 in Bosten  
([www.endo-society.org](http://www.endo-society.org))

50<sup>th</sup> ESPE Meeting  
25.-28.09.2011 in Glasgow  
([www.espe2011.org](http://www.espe2011.org))

107. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)  
22.-25.09.2011 in Bielefeld  
([www.dgkj2011.de](http://www.dgkj2011.de))

6. JA-PED (Gemeinsame Tagung der AGPD und APE)  
11.-13.11.2011 in Berlin  
([www.ape-agpd2011.de](http://www.ape-agpd2011.de))

---

## ESPE awards and fellowships

ESPE Applications 2011 membership	15. Januar 2011
ESPE Young Investigator Award	15. Januar 2011
ESPE Outstanding Clinician (nominations from members)	15. Januar 2011
ESPE Research Fellowship	01. März 2011

Deadline for abstract submission	09. März 2011
Deadline for application of ESPE Travel Grant	9. März 2011
Deadline for early registration fee	3. Mai 2011
Notification of abstract acceptance/ rejection	Juni 2011
Deadline for mid registration fee	3. August 2011

---

## 10. Impressum

Redaktion: Martin Wabitsch, Gabriele Krenn  
Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zum Newsletter; bitte schicken Sie diese an:  
[gabriele.krenn@uniklinik-ulm.de](mailto:gabriele.krenn@uniklinik-ulm.de)  
V.i.S.d.P.: Prof. Dr. M. Wabitsch

Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Universitätsklinikum Ulm

Fon: + 49 (0) 731 - 500-57401  
Fax: + 49 (0) 731 - 500-57407  
[www.paediatrische-endokrinologie.de](http://www.paediatrische-endokrinologie.de)  
[gabriele.krenn@uniklinik-ulm.de](mailto:gabriele.krenn@uniklinik-ulm.de)