

Inhalt

Editorial

1. Die Geschäftsstelle der DGKED e.V. stellt sich vor
2. Rückblick gemeinsame Jahrestagung der DGKED und der AGPD (JA-PED) 2012 in Erlangen
3. Berichte der Arbeitsgruppen aus dem Jahr 2012
4. JA-PED 2013
5. Bundesärztekammer strebt Änderung der Weiterbildungsordnung an
6. Stipendiaten und Preisträger 2012
7. Stipendien und Preise 2013
8. Impressum

Deutsche Gesellschaft



Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Sie benötigen ein neues Logo? - wir haben eins!
Es ist mir eine große Freude, Ihnen das neue Logo der DGKED vorzustellen. Nach vielen Abwägungen und Diskussionen hat sich der Vorstand für diese Variante entschieden. Wir wünschen uns, dass Sie der Entscheidung ebenso freundlich zustimmen. Aber nicht nur das Logo kommt in neuem Gewande: Auch dieser Newsletter Nr. 9 wurde mit neuem Layout versehen.

Nehmen Sie sich etwas Zeit und lesen Sie mit Gewinn und Genuss unseren Newsletter mit einem kurzem Rückblick auf die JA-PED 2012 in Erlangen, interessanten Berichten der Arbeitsgruppen und nicht zuletzt die Bekanntgabe der Ehrungen und Stipendiaten.

Seit unserer letzten Jahrestagung im November 2012 ist eine Menge passiert. Insbesondere die Bestrebungen der Bundesärztekammer zur Änderung der Weiterbildungsordnung betreffen unsere Zusatzweiterbildung direkt und bedürfen einer kritischen Begleitung durch unsere Gesellschaft. Ihre Kommentare dazu sind erwünscht.

Ich bitte außerdem um besondere Beachtung der Ausschreibungen für die Stipendien und Preise für 2013 und der Abstract-Deadline für die 8. JA-PED-Tagung in Hannover.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Berthold Hauffa
Präsident der DGKED e.V.
für den Vorstand
(PD Dr. S. Heger, Dr. C. Brack, Prof. Dr. J. Wölfle,
Dr. D. Schnabel, Dr. S. von Sengbusch)

1. Die Geschäftsstelle der DGKED stellt sich vor

Die Geschäftsstelle der DGKED befindet sich in der Chausseestraße 128/129 in Berlin Mitte und ist zusammen mit der DGKJ, der erzbischöflichen Vermögensverwaltung, Misereor und einigen anderen NGOs im Haus bestens untergebracht. In unmittelbarer Nachbarschaft befinden sich das Brecht-Haus und die Charité.



Die wichtigste Aufgabe der Geschäftsstelle ist die Kommunikation in all ihren Möglichkeiten. Die Arbeiten umfassen Mitgliederverwaltung, Pflege der Daten und der Website, Kommunikation mit dem Vorstand und den Mitgliedern.

Damit alle erreicht werden können sind augenblicklich Aktualisierungen notwendig. Deshalb bitten wir alle Mitglieder zu prüfen, ob ihre aktuellen Daten in der Geschäftsstelle vorliegen. Welche Datei wäre nicht gerne vollständig? Bitte teilen Sie unserer Geschäftsstelle Ihre E-Mail-Adresse mit, damit Sie unsere Aussendungen erhalten.



2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und der AGPD (JA-PED) 2012 in Erlangen

Ein herzlicher Dank geht an die Tagungspräsidenten der Erlanger JA-PED Herrn Prof. Dr. Dörr, Herrn Dr. Blessing und Herrn Dr. Horst Seite für die das gute wissenschaftliche Programm und die freundliche Atmosphäre, die den Austausch zwischen den Teilnehmern begünstigte.



Der besondere Dank geht an den scheidenden Präsidenten, Herrn Prof. Wabitsch für seine Verdienste innerhalb der APE wie auch der DGKED, insbesondere während der Gründungsphase der DGKED.

Ebenso gilt unser Dank Frau Krenn für Ihre über sechsjährige Tätigkeit für die DGKED, die sie neben ihren Sekretariatsaufgaben für Prof. Wabitsch mit großer Kenntnis,



Hingabe und Akkuratess ausübte.

3. Berichte der Arbeitsgruppen aus den Sitzungen während der Erlanger JA-PED 2012

Bericht der Arbeitsgruppe Adipositas (Moderation: S. Wiegand, Berlin, C. Denzer, Ulm)

Im Rahmen der diesjährigen Sitzung der AG Adipositas wurden anhand von drei Referaten neue Aspekte zu Diagnostik, molekulargenetischen Grundlagen sowie therapeutischen Strategien der Adipositas sowie adipositasassoziiierter Komorbidität bei Kindern und Jugendlichen diskutiert. Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik von Störungen der Glucosehomöostase mittels klinisch verfügbarer Verfahren (Einzelwertbestimmung, oraler Glucosetoleranztest) gegenüber i.d.R. nicht in der Routineversorgung verfügbarer Verfahren (i.v. Glucosetoleranztest, Clamp) wurden im Rahmen des ersten Vortrages „Messung der Insulinsensitivität bei Kindern und Jugendlichen – mehr als HOMA, ISI, QUICKI?“ von C. Denzer dargestellt. Vor diesem Hintergrund wurde eine neu entwickelte benutzerfreundliche Anwendung des klassischen Minimal Models auf OGTT-Daten (das sog. Oral Minimal Model, OMM-MRA) vorgestellt. OMM-MRA erlaubt die mathematische Modellierung von dynamischer Insulinsensitivität, insulinunabhängiger Glucoseverwertung sowie der β -Zellresponsivität aus OGTT-Daten (Bestimmung von Glucose, Insulin, ggfs. C-Peptid zu mind. 7 Meßzeitpunkten), und erweitert so die diagnostischen Möglichkeiten z.B. im Rahmen klinischer Studienprojekte.

P. Kuehnen, Charité Berlin, stellte im Rahmen seines Referates nach einer grundlegenden Einführung zu Mechanismen der Genregulation durch DNA-Methylierung, den derzeitigen Stand des Wissens zur Bedeutung von Epimutationen für die Entstehung von Adipositas und dem Risiko für Insulinresistenz und Typ 2 Diabetes dar.

Abschließend referierte B. Lennerz, Ulm, über Studiendesign und Zielsetzungen der JA-Studie des Kompetenznetzes Adipositas. Die JA-Studie, für die an fünf Zentren derzeit Patienten rekrutiert werden (Ulm, Leipzig, Berlin, Essen, Datteln), wendet sich an Jugendliche mit extremer Adipositas (14-21 Jahre, BMI mind. > 30 kg/m²). Im Rahmen von drei Teilprojekten sollen zunächst die Prävalenz somatischer und psychosomatischer Komorbiditäten untersucht, die psychosoziale Situation und Lebensqualität charakterisiert sowie die Akzeptanz bestehender therapeutischer Angebote in dieser Patientengruppe erfasst werden. Darauf aufbauend wird eine randomisierte kontrollierte Studie die Akzeptanz und Effektivität einer niedrighochwertigen, manual-basierten Intervention im Vergleich zur Standardbehandlung extrem adipöser Jugendlicher untersuchen. Das dritte Teilprojekt widmet sich als Beobachtungsstudie der Untersuchung der Sicherheit und Wirksamkeit bariatrischer Maßnahmen bei extrem adipösen Jugendlichen im Rahmen eines strukturierten Vorbehandlungs- und Nachbehandlungsprogrammes.

Bericht der Arbeitsgruppe Knochenstoffwechsel (Moderation: D. Schnabel)

Die Arbeitsgruppe „Knochenstoffwechsel“ diskutierte Themen zur multimodalen Behandlung von Patienten mit Osteogenesis imperfecta (OI) sowie die Frühgeborenenosteopenie.

E. Schönau, Köln, schilderte dabei erste Erfahrungen einer neuen Antikörpertherapie bei 4 Patienten mit OI Typ 6. Bei dieser seltenen Form der OI beruht die reduzierte Knochenmasse auf einer Überaktivierung der Osteoklasten und Patienten mit dieser Form sprechen schlecht auf eine Therapie mit Bisphosphonaten an. Deshalb wurde bei 4 Patienten mit OI 6 eine Therapie mit dem vollhumanen Antikörper Denosumab durchgeführt. Dieser ist zur Behandlung der Osteoporose im Erwachsenenalter zugelassen und bewirkt über eine Interaktion mit dem RANKL-

Pathway eine Osteoklastenhemmung. Erste Ergebnisse bei Patienten mit OI 6 zeigten eine gute Verträglichkeit und eine bessere Wirksamkeit. Diese Therapie soll nun in einer Pilotstudie bei Patienten mit einer klassischen OI untersucht werden (Multicenterstudie im Vergleich zu Bisphosphonaten ist geplant).

Im Anschluß daran stellte O. Semler, Köln die ersten Ergebnisse einer Intervall-Rehabilitation bei Patienten mit OI vor. Die Patienten haben das Rehabilitationskonzept „Auf die Beine“ durchlaufen, welches aus 2 stationären Aufenthalten von insgesamt 3 Wochen und einem 6 monatigen seitenalternierenden Ganzkörpervibrationstraining besteht. Während der Teilnahme an dem Rehabilitationskonzept konnte eine nachhaltige Verbesserung der motorischen Fähigkeiten (GMFM-Test), sowie eine Zunahme der Knochenmasse (DEXA-Messung) erzielt werden. Ein entscheidender Punkt für die Nachhaltigkeit ist das Erlernen neuer Bewegungsübergänge, die von den Betroffenen im Alltag genutzt werden können. Diese Kräftigung des muskulo-skeletalen Systems soll langfristig zu einer Zunahme der Selbständigkeit der Betroffenen führen.

C. Grasemann, Essen, referierte über die Literatur zur „Osteopenie des Frühgeborenen“. Diese Form der Osteopenie ist eine häufige Komplikation bei Frühgeborenen und ist definiert als eine Mineralisation des Knochens, die geringer ist als die intrauterine Mineralisation des entsprechenden Gestationsalters. Risikofaktoren sind: geringes Geburtsgewicht, unzureichende Phosphat und Calcium-Supplementation, langdauernde parenterale Ernährung (TPN), Immobilität sowie der Einsatz bestimmter Medikamente (Diuretika, Steroide, Koffein). Ab der 3. Lebenswoche sind laborchemische Kontrollen des Knochenstoffwechsels (AP, Ca, P im Serum und Urin) sinnvoll. Da die aktuelle Datelage eher dürftig ist, sollten multizentrische Studien zu Therapie / Präventionsstrategien erfolgen.

Bericht der Arbeitsgruppe DSD/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Moderation: A. Richter Unruh, Dortmund)

O. Hiort, Lübeck, berichtet über den Stand von EuroDSD und den Möglichkeiten der Beteiligung und Registrierung von Patienten. Alle Informationen finden sich unter www.eurodsd.eu bzw. unter www.i-dsd.org.

O. Hiort informiert weiterhin über den Fortgang der klinischen Studie „Testosteron versus Estradiol bei kompletter Androgenresistenz“ (erste kontrollierte Arzneimittelstudie bei DSD). Insgesamt gestaltet sich die Rekrutierung der Studienteilnehmer schwierig. Gesucht werden Frauen mit CAIS nach Gonadektomie. Weitere Informationen unter www.cais-studie.de

B. Köhler, Berlin, koordiniert die vom FP7 geförderte Studie zur „DSD-Life: Clinical European study on the outcome of surgical and hormonal therapy and psychological intervention in disorders of sex development (DSD)“. Es sollen in 13 internationalen Zentren Patienten mit DSD \geq 16 Jahren sowie Patienten mit AGS, UTS und Kleinfelter-Syndrom eingeschlossen werden. Derzeit werden die Studienprotokolle und Fragebögen erarbeitet.

Für weitere Informationen bitte direkt an Frau Köhler wenden (Birgit.Koehler@charite.de).

Im Rahmen dieses Projektes soll auch an die Öffentlichkeitsarbeit mit fachgerechten und verständlichen Informationen verbessert und auch Materialien für die Informationen von Patienten und deren Familien in allgemeinverständlicher Art neu zusammengestellt werden.

A. Richter-Unruh berichtet über den Stand der Leitlinien (DSD)-Überarbeitung. Das Leitlinienprojekt wird gemeinsam von A. Richter-Unruh, S. Krege und F. Eckoldt koordiniert und ist bei der AWMF als Leitlinienprojekt angemeldet. Ziel ist die Erstellung einer S2k-Leitlinie, die auch auf der Basis der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates überprüft und erweitert wird.

Der Vorstand der DGKED bat um die Bearbeitung von einigen Punkten. Diese sind komplett aufgenommen worden und werden umgesetzt.

1. Stellungnahme unserer Fachgesellschaft zum Inhalt der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates: Diese ist bereits im Konsensus Verfahren von O. Hiort erstellt worden (Publikation MoKi)
2. Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates fließt in die neuen DSD-Leitlinien ein (A. Richter-Unruh)
3. Aufnahmen der Empfehlung des Deutschen Ethikrates zur Etablierung eines Registers zur Erfassung und Langzeitbeobachtung von Patienten mit DSD (O. Hiort)
4. Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit durch sachgerechte Informationen (B. Köhler, A. Richter-Unruh, in Abstimmung mit dem Vorstand der DGKED).

Bericht der AG Pubertät und Gonaden (Moderation: J. Rohayem, Münster)

C. Neviny-Stickel, Würzburg, trug Empfehlungen zur genetischen Diagnostik bei hypogonadotropem Hypogonadismus vor. Die häufigsten Syndrome, zu denen ein HH gehörten, sind Kallmann- und CHARGE-Syndrom und die Holoprosenzephalie. Bei Verdacht auf CHARGE werden in 70 % der Fälle Mutationen im CDH7-Gen gefunden. Die genetische Abklärung aller anderen Formen des isolierten wie syndromalen HH sind zur Zeit unbefriedigend, da Mutationen in einer Vielzahl von Genen gefunden werden, ohne dass ein Gen bevorzugt Mutationen trägt. In Zukunft steht mit Next Generation Sequencing (NGS) ein neues Instrument zur Verfügung, um parallel mehrere Gene oder das gesamte Genom zu untersuchen.

B. Ludwikowski, Hannover, trug die Neuerungen in den Leitlinien Hodenhochstand aus urologischer Sicht vor: Hormontherapie und Operation sind als Primärtherapie möglich. Bei nicht tastbarem Hoden wird die Sonographie der Leisten empfohlen. Wenn die Hoden nicht nachweisbar sind, sollte eine Laparoskopie erfolgen, sonst wird ein inguinaler operativer Zugang gewählt. Bei postpubertären Jungen mit nicht behandeltem kongenitalem Hodenhochstand besteht die Indikation zur offenen Hodenbiopsie im Rahmen der Orchidopexie, um eine testikuläre intraepitheliale Neoplasie auszuschließen. Die Operation erfolgt im Regelfall ambulant.

B. Hauffa, Essen, berichtete über die konservative Therapie des Hodenhochstands in den gemeinsamen Leitlinien. Hier soll sich gegenüber der Vorversion nichts ändern (GnRH-Nasenspray gefolgt von hCG i.m. vor Ende des 1. Lebensjahrs, sofern keine Kontraindikationen vorliegen). B. Hauffa regte an, eine kooperative Studie zur Wertigkeit einer präoperativen/postoperativen GnRH-Agonisten-Therapie zu beginnen

J. Brämwig, Münster, trug vor, welche gonadale Spätfolgen bei einer onkologischen Therapie zu erwarten sind. Die Spätfolgen betreffen sowohl präpubertäre als auch pubertäre Mädchen und Jungen. Die Folgen sind abhängig von der durchgeführten Chemo- und Radiotherapie und betreffen häufiger die Fertilität, aber auch die endokrine Funktion. Notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollten schon vor der Einleitung der onkologischen Therapie, aber auch in der onkologischen Nachsorge mit den Eltern und Betroffenen besprochen werden. J. Rohayem, Münster, berichtete über den Stand der Beobachtungsstudie „Pubertäts- und Fertilitätsinduktion beim männlichen hypogonadotropen Hypogonadismus mit Gonadotropinen“. Die Rekrutierung wurde im 3/2011 begonnen und 11/2012 beendet. Voraussichtliches Ende

der Therapiephase ist 9/2014. Es beteiligen sich 30 pädiatrisch-endokrinologische Zentren in 24 Städten mit 31 präpubertären Patienten (Th.-Gruppe A) und 25 bereits mit Testosteron virilisierten adoleszenten Patienten (Th. - Gruppe B). Die Endpunkte (Hodenwachstum und Fertilität) sollen zentral in Münster erhoben werden. Die Patienten erhalten hierbei die Möglichkeit, Ihre Spermien vor der Umstellung auf Testosteron kryokonservieren zu lassen.

Bericht der Arbeitsgruppensitzung Nebenniere (Moderation: F. Riepe)

Die AG NN traf sich am Freitag 23.11.2012 auf der JA-PED Tagung in Erlangen. Es waren 14 Kolleginnen und Kollegen anwesend und es wurde lebhaft diskutiert.

TOP 1 Anpassung der AGS Leitlinie an die Stellungnahme des Ethikrates

Die Einlassungen des Ethikrates zu Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD) macht eine Anpassung der AGS Leitlinie notwendig. Hierbei ist den Leitlinienerstellern und den anwesenden Diskutierenden wichtig, eine Abgrenzung von AGS und anderen Fällen mit DSD herauszuarbeiten und auf der Grundlage der Diskussion im Ethikrat eine Sicherheit im Umgang mit AGS Patienten zu erzeugen. Der Ethikrat verweist neben allgemeinen ethischen Grundsätzen klar auf den gegenwärtigen medizinischen Standard zur Therapie, der durch Leitlinien definiert werden kann.

In der Leitlinie wurde daher der Abschnitt über die Therapie des AGS revidiert. Das Ziel der Behandlung („das Wohl des betroffenen Patienten“) wurde vorab definiert. Eine Begründung zum Einsatz von Glukokortikoiden ist eingefügt worden. Da die Leitlinie auch unter-virilisierende AGS Formen behandeln soll, wurde gleichfalls ein Abschnitt zur Östrogentherapie eingeführt. Dabei ist klar formuliert, dass bei 46,XY Karyotyp die Aufklärung und Einwilligung des Betroffenen einzuholen ist, d.h. im Idealfall bis zu seiner Einwilligungsfähigkeit (14 Jahre) abzuwarten ist.

Im Abschnitt „operative Therapie“ ist formuliert, dass Operationstechniken, die operationsbedingte Traumatisierungen vermeiden können und/oder einen besseren Operationserfolg versprechen, auch ohne das Vorliegen einer Gefahr der Beeinträchtigung der physischen Gesundheit im Sinne des Kindeswohls erwogen werden können. Aufgrund der derzeitigen Datenlage wurde keine eindeutige Empfehlung zum Operationszeitpunkt genannt, wohl aber evtl. Vorteile für eine frühe Operation beschrieben. Zusätzlich haben wir Stellung zur Gonadektomie bei unter-virilisierendem AGS bezogen. Eine Gonadektomie vor Einwilligungsfähigkeit des Patienten sollte nicht durchgeführt werden.

TOP 2 Aktuelle Studien: Bestimmung der wahren Cortisolkonzentration in dezentral hergestellten Kapseln

O. Blankenstein, Berlin, informierte die Anwesenden über die Durchführung einer Studie zur Bestimmung der Cortisolkonzentration in dezentral angefertigten Kapseln. Hierzu werden Patienten über die AGS Elterninitiative informiert und gebeten 20 ihrer Kapseln der Charité zur Verfügung zu stellen. Grund für die Untersuchung ist die Erfassung der Streuung der in Apotheken angefertigten Medikamente, um Grundlagen für die geplante EU Zulassung einer 1 mg Hydrocortisonpräparation zu sammeln. Die AG unterstützt diese Studie und bat Herrn Blankenstein, den DGKED Mitgliedern entsprechende Informationen zukommen zu lassen, damit auch über die Sprechstunden AGS Patienten zur Teilnahme motiviert werden können.

Bericht der Arbeitsgruppe Schilddrüse (Moderation: R. Mühlenberg)

Anwesende: ca. 30 Ärztinnen und Ärzte, von den geladenen anderen Fachgesellschaften eine Vertreterin der pädiatrischen Onkologie

(Die Fachgesellschaft pädiatrische Radiologie hat leider keinen Vertreter schicken können, bekundet aber das unbedingte Interesse zur Mitarbeit.)

Hinsichtlich der geplanten pädiatrisch - endokrinologischen Schilddrüsenleitlinie wird zunächst von der chirurgischen Leitlinie zur operativen Therapie maligner Tumoren unter Federführung von H. Dralle berichtet, die fertiggestellt ist und dieser Tage publiziert wird. Wie H. Krude, Berlin, von einer SD-Sektionssitzung im Vorfeld berichtet hat, ist eine endokrinologische Leitlinie zur Nachsorge in Vorbereitung und zudem eine pädiatrische Leitlinie für die Karzinome empfohlen worden, sodass letztlich ein kompletter Leitlinienblock für Kinder und Erwachsene zur Verfügung stünde. Folgende Schwerpunkte für die Knotenleitlinie werden während der Sitzung als wichtig für die weitere Bearbeitung festgelegt:

1. Epidemiologie der Knoten unter Berücksichtigung genetischer Faktoren, Familiarität und Jodmangel
2. Klinische Risikoparameter für Malignität
3. Sekundär-Karzinome bei onkologischer Vorerkrankung unter Berücksichtigung von Strahlen- und Chemotherapie
4. Knotenentwicklung bei Autoimmunthyreopathien
5. Sensitivität und Spezifität der Sonographie bei kindlichen Knoten mit der Frage, welche Knoten unter welchen Bedingungen weiter abgeklärt werden müssen
6. Spezifität der Szintigraphie im Hinblick auf Knoten im Jugendalter und Beantwortung der Frage, ob endokrinologische Diagnostik und Sonographie bei der Verdachtsdiagnose autonomes Adenom ausreichend sind
7. Indikation, Sensitivität und Durchführbarkeit der Feinnadelbiopsie im Kindes- und Jugendalter

Zu diesen genannten Themenbereichen erklären sich verschiedene Kollegen bereit, möglichst evidenzbasierte Daten zu erarbeiten (Krude, Rohrer, Bettendorf, Pohlenz, Redlich, Mühlenberg).

Ein wichtiger Punkt, der aus Zeitmangel leider nur kurz angesprochen werden kann, betrifft die Frage, auf welche Weise die inzwischen recht zahlreichen AQUAPE – Daten zur konnatalen Hypothyreose ausgewertet und publiziert werden können. Alle Kollegen, die Daten an R. Holl, Ulm, versandt haben, sind dringend aufgerufen, auch einzelne Aspekte, wie z. B. Thyroxin- Anfangsdosis und IQ-, Wachstums- und BMI- Entwicklung zu bearbeiten. Letztlich wird besprochen, dass in der Monatsschrift in der Rubrik `Handlungsempfehlungen` das praktische Vorgehen auf Basis der AWMF- Leitlinie für das Thema „ Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der angeborenen primären Hypothyreose“ erstellt werden soll. H. Krude, Berlin, hat sich als Leitlinienkoordinator im Vorfeld bereit erklärt, stellvertretend für die Leitliniengruppe der DGKED diese Publikation zu tätigen.

Bericht der Arbeitsgruppe Folgeerkrankungen und assoziierte Erkrankungen des Diabetes (Moderation: K.O. Schwab)

In der AG Folgeerkrankungen und assoziierte Erkrankungen des Diabetes wurden die Teilnehmer über den Stand gemeinsamer Forschungsanträge informiert. In einem 2. Teil wurde die Wertigkeit von Homocystein und ADMA als frühe Endothelmarker beim Typ 1 Diabetes mellitus erörtert. Schließlich wurde die Auswertung der KiGGS- und DPV-Datenbank hinsichtlich der LDL-, HDL- und der NonHDL-Cholesterinwerte diskutiert.

4. JA-PED 2013

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

Gemeinsam mit den Tagungspräsidenten Frau PD Dr. S. Heger und Herrn Prof. Dr. T. Danne laden wir Sie herzlich zur diesjährigen, mittlerweile 8. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V., die in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie e.V. stattfindet, vom 22. - 24. November 2013 nach Hannover ins Hannover Congress Center ein.

Die diesjährige JA-PED steht unter den folgenden Themenschwerpunkten:

- Neuroendokrinologie und Hypogonadismus
- Endokrinologie des Neu- und Frühgeborenen
- Epigenetik
- Psychologische und psychosomatische Aspekte von Essverhalten
- Therapie Burnout und Langzeitmotivation
- Diagnoseakzeptanz
- Diabetes: Pumpen, Sensoren und Closed-Loop
- Hypoglykämie
- Neue Insuline und Biosimilars
- Cerebrale Krise bei diabetischer Ketoazidose

Schon jetzt können Sie Ihr Abstract zur Tagung hier einreichen.

Wir freuen uns auf die Einreichung zahlreicher Beiträge, um mit Ihrer Beteiligung ein spannendes wissenschaftliches Programm gestalten zu können.

Abstract Deadline ist der 15. Juli 2013.

Die Registrierung zur Tagung ist ab sofort auf der Kongresshomepage möglich.

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

5. Bundesärztekammer strebt Änderung der Weiterbildungsordnung an

Nachdem Umfragen unter Weiterbildungsassistenten großen Änderungsbedarf angezeigt hatten, hat sich die Bundesärztekammer (BÄK) zu einer Novellierung der Musterweiterbildungsordnung entschlossen. Dabei wird auch die Zusatzweiterbildung Kinderendokrinologie und -diabetologie auf den Prüfstand gestellt. Statt durch abgeleistete Zeit und Untersuchungszahlen soll das Weiterbildungsziel durch erworbene Kompetenz definiert werden. Dazu müssen die bestehenden Weiterbildungsordnungen (WBO) in zu erreichende Kompetenzlevel umgeschrieben werden. Die BÄK hat im Web ein Wiki eingerichtet, in das die neuen WBOs vor Verabschiedung zur Diskussion eingestellt werden. Für die Pädiatrie und all

ihre Subspezialitäten ist die DGKJ einstellungsberechtigt, der Vorstand der DGKED ist, wie andere Subspezialitäten auch, nur lese- und kommentierberechtigt. Mit kurzer Deadline, unter Mobilisierung aller Kräfte und ohne die Chance einer großflächigen Diskussion hat der DGKED-Vorstand Ende Februar bis Mitte März eine Neufassung der WBO vorgelegt, die von der koordinierenden AG der DGKJ und der DAKJ unter Leitung von Prof. Hoyer zur Einstellung in das Wiki akzeptiert wurde.

In der Diskussion innerhalb der koordinierenden AG wurde sichtbar, dass es Kräfte innerhalb der deutschen Pädiatrie gibt, die die Novellierung der MWBO als Gelegenheit sehen, den Subspezialitäten Kompetenzen zu nehmen und im Sinne einer vermeintlichen Stärkung der allgemeinen Kinderheilkunde dieser zuzuschlagen. Der überwiegende Anteil der kinderendokrino-logischen Krankheitsbilder gehört jedoch zu den seltenen Erkrankungen, ihre Behandlung wird deswegen von den Kinderärzten in die Hände des Kinderendokrinologen gelegt.

Auch wurde der Sorge Ausdruck gegeben, die Anforderungen an die Zusatzweiterbildung seien zu hoch, sodass zuwenig ausgebildet werde und die kinderendokrino-logische Versorgung möglicherweise in Gefahr sei. Hier kann die DGKED aber auf deutsche epidemiologische Daten endokrinologischer Erkrankungen (Schweizer R et al. 2010 Klin Pädiatr 222:67) zurückgreifen sowie auf eine Versorgungsanalyse (Holterhus PM, Hiort O, Wabitsch M, Vorstandsvorlage), die dokumentieren, dass seit Einrichtung der Zusatzweiterbildung der Bedarf an und die Verfügbarkeit von pädiatrischen Endokrinologen und Ausbildungszentren in guter Balance stehen.

Wir werden Sie über die weitere Entwicklung auf dem laufenden halten. Bitte schalten Sie sich in örtliche Diskussionen im Sinne der Erhaltung und Weiterentwicklung einer hochqualifizierten kinderendokrino-logischen und -diabetologischen Weiterbildung ein.

6. Stipendiaten und Preisträger 2012

Jürgen-Bierich-Preis 2012 gestiftet von Pfizer Pharma GmbH

Frau PD Dr. rer.nat. Pamela Fischer-Posovszky, Universitätskinderklinik Ulm: TRAIL (TNF Related Apoptosis Inducing Ligand) regulates human adipocyte metabolism by caspase-mediated cleavage of PPAR-gamma



Klaus-Kruse-Stipendium 2012 gestiftet von Novo Nordisk Pharma GmbH

Herr Burak Salgin, Ph.D., Universitätskinderklinik Düsseldorf: Forschungsaufenthalt: Cambridge, UK: The relationship between pancreatic beta-cell function and lipid turnover



Weiterbildungsstipendium der "Kinderendokrinologie und -diabetologie" 2012



Frau Dr. med. Michaela Hamm, Kinderkrankenhaus der Stadt Köln - aufnehmende Klinik: Universitätskinderklinik Bonn

Nachwuchspreis "STEPS-Award" 2012 gestiftet von Merck Serono GmbH

Frau Dr. Eva-Maria Thunwald, Köln: Leptin does not induce a preeclampsia-like inflammatory response in the murine placenta



Frau Dr. Susanne Stutte, Bonn: Einfluss von früh-infantilen Aufholwachstum auf die Körperzusammensetzung im Grundschulalter bei extrem leichten Frühgeborenen



DGKED Posterpreis 2012 gestiftet von Sandoz

Philipp Kasper, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität Köln: Maternale Adipositas induziert metabolische Programmierung obstruktiver Lungenerkrankungen in den Nachkommen



Dr. Marianne Becker, Charite, Berlin: Schwere erworbene Hypothyreose bei Kindern - retrospektive Auswertung von 46 Fällen

7. Stipendien und Preise 2013

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

Klaus-Kruse-Stipendium 2013

Deadline: 30. September 2013

Jürgen-Bierich-Preis 2013

Deadline: 15. Juli 2013

STEPS-Award 2013

Deadline: 15. Juli 2013

Sandoz-Posterpreis 2013

anlässlich der JA-PED 2013

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

Deutsche Gesellschaft
DGKED Info
für Kinderendokrinologie und -diabetologie

8. Impressum

Redaktion: Berthold Hauffa, 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. B. Hauffa
Geschäftsstelle DGKED e.V.
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e.V. (DGKED)
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin |
Tel. +49 (30) 28 04 68 04 | Fax +49 (30) 28 04 68 06