Nr. 12 | Juni 2016

Inhalt

Editorial

- 1. Berichte aus den AGs
- Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und der AGPD (JA-PED) 2015 in Essen
- 3. Stipendien, Preise und Deadlines 2016
- 4. Neues aus Vorstand und Geschäftsstelle
- 5. JA-PED 2016 Osnabrück

Impressum

Editorial

"Nach dem Spiel ist vor dem Spiel" – diese Fußballerweisheit gilt nicht nur in Zeiten der EM, sondern auch für die gemeinsamen Jahrestagungen der DGKED und der AGPD. Die Vorbereitungen für die 11. JA-PED in Osnabrück im November 2016 sind weit gediehen. Prof. Albers und sein Team haben ein spannendes Programm in Aussicht gestellt, nun fehlt nur noch Ihr Input.

Bitte schauen Sie jetzt schon, welche Ihrer grundlagenwissenschaftlichen Daten, klinischen Studienergebnisse oder lehrreichen Fallberichte Sie mit Ihren Kollegen teilen möchten. Um rege Einsendung von Abstracts wird gebeten. Helfen Sie durch Ihre persönliche Beteiligung mit, die 11. JA-PED zu einem Erfolg zu machen. Unsere zahlreichen Wissenschaftspreise bieten dem kinderendokrinologischen und –diabetologischen Nachwuchs eine exzellente Möglichkeit, sich zu profilieren. Die JA-PED ist eine Tagung mit niedriger Hemmschwelle, auch Nichtendokrinologen und –diabetologen fühlen sich dort schnell zuhause. Bitte nutzen Sie die Möglichkeit, das Schöne und Spannende unseres Fachgebiets auch den Kollegen darzustellen, die bisher noch wenig Berührpunkte mit unseren Themen hatten – bringen Sie sie einfach mit nach Osnabrück!

Vielleicht macht auch der in dieser Ausgabe enthaltene Rückblick auf unsere Essener JA-PED 2015 mit Fotos und Berichten dem einen oder anderen Kollegen Lust, an der nächsten JA-PED in Osnabrück teilzunehmen.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen im Namen des gesamten Vorstands

B.P. //m//g

Prof. Dr. Berthold Hauffa Präsident der DGKED e.V.

1. Berichte aus den AGs

1.1 Bericht der Arbeitsgruppe Adipositas

Moderation: C. Denzer (Ulm), S. Ehehalt (Stuttgart)

Im Rahmen der diesjährigen Sitzung der AG Adipositas wurden anhand von zwei Referaten Aspekte zur Insulinresistenz und zur Diagnostik von Glucosestoffwechselstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht bzw. Adipositas diskutiert.

C. Denzer diskutierte in einem Übersichtsreferat die aktuelle Studienlage zur pathophysiologischen Bedeutung einer Insulinresistenz im Kindes- und Jugendalter. Wesentliche praxisrelevante Punkte umfassten das Fehlen einer validen, auch in der klinischen Routine leicht einsetzbaren Definition der Insulinresistenz sowie die methodischen (und physiologischen) Limitationen häufig verwendeter Surrogatparameter zur Beurteilung der Insulinsensitivität.

S. Ehehalt präsentierte erste vorläufige Ergebnisse eines bei der letztjährigen AG-Sitzung von T. Reinehr initiierten Kooperationsprojekts, an welchem K.-P. Liesenkötter, S. Wiegand (Berlin), C.-J. Partsch (Hamburg), A. Körner, U. Spielau, W. Kiess (Leipzig), S. Ehehalt (Stuttgart), R. Schweizer, G. Blumenstock, M. B. Ranke, A. Neu, G. Binder (Tübingen), C. Denzer und M. Wabitsch (Ulm) beteiligt sind. Fragestellung 1 des Kooperationsprojekts beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Nüchternglucose, 2-Stunden-Blutzuckerwert (OGTT) und HbA1c bei übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen ohne bekannten Diabetes, Fragestellung 2 mit dem in der Literatur umstrittenen Typ-2-Diabetes-Screening. In die Untersuchung eingeschlossen werden konnten insgesamt 4.848 übergewichtige bzw. adipöse Kinder und Jugendliche mit OGTT und HbA1c-Wertbestimmung am selben Tag. Zu Fragestellung 1: Die Datenanalyse ergab einen schwachen bis gering ausgeprägten Zusammenhang zwischen Nüchternglucose und 2-Stunden-Blutzuckerwert (OGTT) sowie zwischen Nüchternglucose und HbA1c sowie zwischen 2-Stunden-Blutzuckerwert (OGTT) und HbA1c. Dies überrascht, da es sich hierbei jeweils um gleichberechtigte Diagnosekriterien handelt.

Zu Fragestellung 2: Es zeigte sich, dass der HbA1c-Wert bei übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen als Screeningmethode besser geeignet zu sein scheint als der OGTT. Als optimaler Screening-Grenzwert wurden HbA1c-Werte \geq 6.0 % ermittelt.

Mögliche Konsequenzen dieser Studienergebnisse für den klinischen Alltag werden nach erfolgter Publikation dieser Ergebnisse nicht nur im Rahmen der nächsten AG-Sitzung sondern voraussichtlich auch in den Leitliniengremien von DGKED, AGPD und AGA erfolgen.

1.2 Bericht der AG Knochenstoffwech-

sel

Moderation: D. Schnabel (Berlin)

Die AG beschäftigte sich in ihrer Sitzung mit den bei der AWMF hinterlegten Leitlinien zum Knochenstoffwechsel. Diese waren:

- Hereditäre hypophosphatämische Rachitis
- Hypoparathyreoidismus
- Primärer Hyperparathyreoidismus

- Vitamin-D-abhängige Rachitiden
- Vitamin-D-Mangel-Rachitis.

Die Leitlinien wurden zunächst von Herrn Schnabel und Herrn Schönau aktualisiert. Diese Überarbeitungen wurden dann den Mitgliedern der AG Knochenstoffwechsel übersandt und diese dann gebeten, die ihnen jeweils zugeordneten Leitlinien zu prüfen und zu überarbeiten, um sie dann auf der Sitzung am 06.11. in Essen vorzustellen. Mit dem Plenum der AG wurde dann jede einzelne Leitlinie ausführlich diskutiert. Die Änderungen wurden im Anschluss eingefügt und diese überarbeiteten Leitlinien dann an alle Teilnehmer der Sitzung der AG Knochenstoffwechsel versandt, mit der Möglichkeit, erneute Ergänzungen vorzunehmen.

Mittlerweile sind die oben überarbeiteten und von der AG Knochenstoffwechsel konsertierten LL nach Zustimmung des Vorstandes der DGKED an Frau Dr. Moß (AWMF-Koordinatorin der DGKED) zur Weiterbearbeitung versandt worden.

Die größte Überarbeitung erfuhr die Leitlinie "Vitamin D-Mangel". Diese wurde an das mittlerweile publizierte "Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets" adaptiert. Dieses Konsensuspapier ist unter den links:

JCEM: http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2015-2175

oder

HRP: http://www.karger.com/DOI/10.1159/000443136.

einzusehen.

1.3 Bericht AG Nebenniere

Moderation: W. Bonfig (Wels)

Vorstellung des I-DSD/I-CAH-Registers (W. Bonfig): Das I-DSD/I-CAH Register wurde von Prof. Faisal Ahmed aus Glasgow initiiert und dient der Erfassung von Patienten mit DSD, um gezielt Kooperationspartner für wissenschaftliche Projekte zu identifizieren ("virtuelles wissenschaftliches Netzwerk"). Innerhalb des I-DSD Registers werden die AGS Patienten im I-CAH Register geführt. Nach dem letzten Treffen der ESPE "DSD working group" fand ein erstes Treffen der interessierten Teilnehmer statt, um Projektvorschläge zu diskutieren. Dabei hat sich z.B. eine "adverse events study group" gebildet, die Nebennierenkrisen, Hypoglykämien und Krampfanfälle bei AGS Patienten erfassen möchte.

Eine Registrierung als Studienzentrum kann unter www. i-cah.org erfolgen. Sobald man die Zugangsdaten erhalten hat, ist im Mitgliederbereich ein deutschsprachiges Einverständnisformular für Patienten erhältlich. Nach erfolgter Einverständniserklärung können die Patientenstammdaten manuell eingegeben werden. Falls die Patientenstammdaten bereits in der AQUAPE AGS Datenbank vorhanden sind, kann auch ein Datenexport erfolgen. Dafür sollte eine Kontaktaufnahme mit Prof. Mohnike in Magdeburg erfolgen, der diesen Datentransfer bereits bei eigenen Patienten erfolgreich durchgeführt hat.

Das I-DSD/I-CAH Register ist primär nicht für eine Langzeitdokumentation von klinischen Daten und auch nicht für ein Benchmarking vorgesehen. Es dient primär der Identifikation von geeigneten Kooperationszentren für wissenschaftliche Fragestellungen. Über entsprechende Studienanfragen und die potentielle Teilnahme kann jedes teilnehmende Zentrum dann im Einzelfall entscheiden.

Allelfrequenzen von CYP21A2 Mutationen und Genotyp – Phänotyp Korrelation bei 538 Patienten aus der AQUAPE AGS Datenbank (S. Riedl): Die Allelfrequenzen von CYP21A2 Mutationen sowie eine Auswertung von seltenen CYP21A2 Mutationen bei 538 deutsch-österreichischen Patienten wurde unter Berücksichtigung der Genotyp – Phänotyp Korrelation präsentiert. Ausserdem erfolgte eine

Betrachtung der Daten vor und nach Einführung des Neugeborenen-Screenings auf AGS. In dieses Zeitfenster fällt auch die Handlungsempfehlung bei allen AGS Säuglingen bereits vor dem Auftreten eines Salzverlustes mit einer Fludrocortison-Substitution zu beginnen.

Ergebnisse: Es zeigte sich eine vergleichbare Verteilung der CYP21A2 Mutationen wie in einer nationalen früher publizierten Untersuchung mit geringerer Fallzahl (Krone et al, JCEM 2000), im Vergleich zu anderen internationalen Kollektiven zeigten sich vor allem bei den Mutationen, die mit einem nicht-klassischen AGS einhergehen (V281L, P30L, P453S), unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen. Die Genotyp – Phänotyp Korrelation war für die Gruppe '0' sehr gut, bei den anderen Gruppen war jedoch ersichtlich, dass es sich um ein Kontinuum bei der Genotyp – Phänotyp Korrelation handelt.

Vor Einführung des Neugeborenen Screenings wurden in etwa dreiviertel der Patienten als AGS mit Salzverlust klassifiziert, nach Einführung des Neugeborenen Screenings und den geänderten Therapiestandards wurden ca. 90% der Patienten als AGS mit Salzverlust klassifiziert.

Weitere Themen der Arbeitsgruppe waren die für Januar 2016 anstehende Überarbeitung der Leitlinien AGS, Hypercortisolismus und Nebenniereninsuffizienz.

Ein Vorschlag für einen neuen Arbeitsgruppenleiter wird dem DGKED Vorstand mitgeteilt.

1.4 Bericht der AG Pubertät und Gonaden

Moderation: J. Rohayem (Münster)

Die AG Pubertät und Gonaden beschäftigte sich mit dem Thema "Blickpunkt Fertilität bei ausgesuchten endokrinologische Krankheitsbildern".

Julia Rohayem (Münster) stellte kasuistisch und anhand von Daten aus der Literatur das Problem einer reduzierten Fertilität bei männlichen Erwachsenen mit AGS dar und leitete in eine Projektidee über, die über eine multizentrische pädiatrisch-endokrinologisch-andrologische Studie zu realisieren wäre. Ziel wäre zu untersuchen, ob bei männlichen Jugendlichen mit AGS am Ende der Pubertätsentwicklung eine Beeinträchtigung der Samenqualität zu verzeichnen ist und ob ein Zusammenhang zwischen der Stoffwechseleinstellung im Kindes- und Jugendalter und dem Auftreten von testikulären adrenalen Resttumoren (TART) bzw. einer Spermatogenese-Störung besteht (Kontaktaufnahme bei Interesse: Julia.Rohayem@ukmuenster. de)

Kirsten Salzgeber (Ulm) analysierte die Chance auf eine spätere Fertilität anhand einer Kasuistik über einem Patienten mit AMH-Rezeptor-Mutation. Nach zeitgerechter Korrektur des Kryptorchismus war die Entwicklung einer Mikrolithiasis testis und eines hypergonadotropen Hypogonadismus sowie eine Oligoasthenoteratozoospermie zu verzeichnen; eine Kryokonservierung von Spermien wurde durchgeführt, um die Chance auf spätere Vaterschaft zu erhalten.

Birgit Köhler (Berlin) referierte zum Thema: "Was tun mit den Gonaden bei 5-Alpha-Reduktasemangel und Wunsch nach Gonadektomie?" Eine primäre Gonadektomie zur Vermeidung einer Virilisierung bei Wunsch einer weiblichen Pubertätsentwicklung erscheine aus heutiger Sicht nicht mehr notwendig. Bei noch unklarer oder weiblicher Geschlechtsidentität könne über eine GnRH-agonistische Therapie Zeit gewonnen werden. Entscheide sich eine junge Erwachsene mit 5-alpha-Reduktasemangel mit weiblicher Geschlechtsidentität für die Gonadektomie, könne eine Kryokonservierung der immaturen Testes erfolgen, um die Möglichkeit der Erfüllung eines späteren Kinder-

wunsches zu erhalten. Die Gewinnung von maturen Spermien aus Kryo-Spermatogonien ist Gegenstand aktueller Forschung.

Florian Schneider (Datteln) referierte zum Thema "Reproduktive Hodenfunktion unter Hormonsubstitution bei "male to female"-Transsexualität". Er zeigte anhand eigener histologischer Untersuchungen an Hoden von 114 Patienten, die sich einer SRS (sex reassignment surgery) unterzogen hatten, das eine "cross-sex" Hormon-Therapie variable Folgen für die spermatogenetische Funktion der Hoden hat, reichend von einer Azoospermie bis zur vollständig erhaltenen Spermatogenese.

1.5 Bericht zur AG Wachstum und Hypophyse

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

Die AG hatte über 100 Teilnehmer, die lebhaft diskutierten. Roland Pfäffle (Leipzig) berichtete über die SAHGE-Auswertung für ganz Europa, die eine erhöhte standardisierte Inzidenz-Ratio sowie Mortalitäts-Ratio für Knochentumoren (x1.6-2.0) nach GH ergeben hat, die wahrscheinlich auch eine Dosisabhängigkeit aufweist. Die Gesamtmortalität der GH-Behandelten war gegenüber der Normalbevölkerung nicht erhöht. Es bleibt bei der Empfehlung, die zugelassenen GH-Dosen einzuhalten.

Gerhard Binder (Tübingen) berichtete darüber, dass bisher keine Beweise für eine Mensch zu Mensch Übertragung der Alzheimer Erkrankung vorliegen, auch wenn dies durch eine Nature-Publikation über Alzheimer-ähnliche Veränderungen in Hirnschnitten von Leichenhypophysen-GH-Behandelten, die in Großbritannien an Jakob-Creutzfeldt-Erkrankung verstorben waren, in einigen Laienpresseberichten nahegelegt worden war. Siehe auch DGKED-Mitteilung vom 10.09.2015!

Roland Pfäffle präsentierte eine retrospektive Studie der GH-Testergebnisse im Kindesalter aus Leipzig (750 Tests), die bestätigte, dass die GH-Maxima BMI-abhängig sind, allerdings nicht im Alter <9 Jahre. In der Gruppe der Kinder > 9Jahre fiel das GH Maximum umso niedriger aus, je höher der BMI war. Dies sollte beim Lesen von Testergebnissen berücksichtigt werden.

Gerhard Binder berichtete über die Erarbeitung der ersten internationale Silver-Russell-Leitlinie, die im Oktober 2015 verabschiedet wurde und demnächst publiziert werden soll. SRS bleibt eine klinische Diagnose. Es gibt einen neuen Diagnose-Score, bei dem AGA bei Geburt kein Ausschlusskriterium mehr ist. Eine frühe GH-Therapie (<4J), die interdisziplinäre Betreuung der Kinder, bei Bedarf eine GnRHa-Therapie und vieles anderes wird empfohlen.

1.6 Bericht der PP-AG

Moderation: D. Meusers (Witten/Herdecke)

Die PP-AG traf sich diesmal in eher kleiner Runde zum Thema Testdiagnostik

Es wurden zwei Testverfahren vorgestellt und sehr ausführlich diskutiert:

- 1. Ein Intelligenztest WISC 4: Sprachverständnis, Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis und Arbeitsgeschwindigkeit sind die 4 Kategorien von Intelligenz, deren Bedeutung, Interpretation und Aussage insbesondere hinsichtlich Kinder mit Typ1 Diabetes dargestellt wurden.
- 2. als Screeningverfahren für psychiatrische Erkrankungen wurde die Child Behavior Checklist für 6. bis 18. LJ. vorgestellt. Acht Cluster werden erfasst und ermöglichen an-

schließend eine gezielte weitere psychiatrische Diagnostik. Die Frage auffällig ja/nein lässt sich mit dieser Checkliste zuverlässig beantworten. Allerdings sind es 116 Fragen, so das die Auswertung etwas Zeit erfordert.

Es gab eine lebhafte Diskussion einschließlich Fallvorstellungen

1.7 Bericht der AG Glukosemonitoring und der AG Schulung

Moderation:

AG Glukosemonitoring: D.Deiss (Berlin), M. Holder

(Stuttgart)

AG Schulung: S. von Sengbusch (Lübeck)

Aus Anlass der Fertigstellung des Schulungsprogramms SPECTRUM zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) von AGPD und AGDT fand in diesem Jahr eine gemeinsame Sitzung der beiden AGs Glukosemonitoring und Schulung statt. Gleich zu Beginn stellte Dr. Martin Holder das neue Schulungs- und Behandlungsprogramm für eigenständiges kontinuierliches Glukosemonitoring, kurz SPECTRUM vor. Dabei handelt es sich weltweit um das erste CGM-Schulungs- und Behandlungsprogramm für alle Altersgruppen, welches herstellerunabhängig und produktneutral ist. Sowohl eine Arbeitsgruppe der AGDT (= Arbeitsgemeinschaft für Diabetes und Technologie) als auch eine Arbeitsgruppe der AGPD haben über 3 Jahren zusammengearbeitet und ein umfassendes Schulungsprogramm für Erwachsene, Eltern mit Kleinkindern und Jugendliche entwickelt, die CGM selbstständig und kontinuierlich anwenden möchten. In 5 verschiedenen Modulen über jeweils 60 - 90 Minuten werden die Grundlagen, der CGM-Start, die CGM-Anzeige und Alarme, die Analyse der Daten sowie weitergehende Informationen geschult. Modul 0 dient als Vorinformation, wenn sich Eltern und/oder Kinder und Jugendliche für eine dauerhafte CGM-Anwendung interessieren. Dabei werden Motivation, Erwartungen, aber auch bisherige Belastungen im Diabetes-Management angesprochen und eine realistische Abwägung für eine mögliche Anwendung vorgenommen. Diese Vorabinformation ist über die Homepage der AGPD frei verfügbar. Eine fundierte, spezialisierte und individuelle Schulung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche CGM-Anwendung. Spectrum ist ab sofort über den Kirchheim-Verlag verfügbar. Train-the-Trainer Seminare werden in Kürze über die AGPD angeboten.

Als nächstes stellte Dorothee Deiss aus Berlin das neue Dexcom CGM-System G5® Mobile vor. Bei dieser Weiterentwicklung des Dexcom-CGM-Gerätes gibt es die Möglichkeit, dass CGM-Daten eines Kindes oder Jugendlichen über Bluetooth an Smartphones von maximal 5 "Follower" übertragen werden können. Dabei handelt es sich in der Regel um die Eltern oder um weitere Bezugspersonen. Somit kann eine zusätzliche Sicherheit in bestimmten Alltagssituationen erzielt werden. Auch die Messgenauigkeit des neuen CGM-Systems hat sich wesentlich verbessert. G5® ist das erste CGM-System mit CE-Zulassung, bei dem Therapieentscheidungen ohne vorangegangene BZ-Messung möglich sind.

Zum Schluss sprach Simone von Sengbusch aus Lübeck über ein Thema, welches sicherlich in den nächsten Jahren in unserer täglichen Praxis immer wichtiger wird: die Telemedizin. Die CGM / CSII-Datenauswertung und die regelmäßige Betreuung, sei es am Telefon oder per Email / PDF, wird immer zeitintensiver und aufwendiger, so dass Strukturen geschaffen werden müssen, um diese Mehrbelastungen zu stemmen. Noch ganz ungeklärt ist die finanzielle Abbildung dieser neuen Leistungen.

Wenn Sie interessiert sind, an unseren Arbeitsgemeinschaften zukünftig mitzuarbeiten, wenden sie sich bitte an die jeweiligen Leiter der AG:

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

AG Schulung

Dr. Simone von Sengbusch und Prof. Dr. Karin Lange unter:

Simone.vonSengbusch@uksh.de Lange.Karin@mh-hannover.de

1.8 Bericht der AG Diagnostische Aspekte in der Diabetologie

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

- 1. Monogene und syndromale Diabetesformen
- S. Kummer, Düsseldorf; K. Warncke, München

Der Monogener Diabetes ist eine unterdiagnostizierte Entität.

Präzise Diagnose und Klassifikation kann unmittelbare Relevanz für das Management der Patienten haben.

In letzter Zeit haben wir zunehmendes Wissen um große phänotypische und genetische Heterogenität.

Bei klarer Verdachtsdiagnose sollte eine gezielte Seq. einzelner Kandidatengene erfolgen.

Sollte diese nicht zum Erfolg führen und der Verdacht weiterbestehen: Das Next-generation sequencing (NGS)-Verfahren planen und durchführen: als weitere diagnostische Optionen

Alltagspraktische Probleme: Kostenübernahme, Aufklärung der Patienten, Auswahl des genauen Verfahrens (welches Genpanel?)

2. Diabetes beim Klinefelter-Syndrom (Kasuistik) E. Hahn (Oberhausen)

Patient 8 ³/12 Jahre alt im August 2012, Manifestation des Diabetes mellitus mit Polydipsie und Hyperglykämie, BGA ausgeglichen, milde Glucosurie, BZ 294 mg/dl, HbA1c 10,3% (89 mmol/mol Hb), Intensivierte Insulintherapie mit NPH – Insulin und Normalinsulin (bei Entlassung 2iE NI/KE – 1iE NI/KE – 1,5 iE NI/KE sowie insgesamt 8iE NPH/d).

Die Mutter war an einem Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt, wies deutliche Folgeerkrankungen auf, der Vater an einem insulinpflichtigen Typ 2 Diabetes.

Schwangerschaft spät erkannt, ab 28.SSW Vorsorgeuntersuchungen. In der 30. SSW Entlastungspunktion bei Polyhydramnion und drohender Frühgeburt, Chromosomendiagnostik bei Risiko-SS (Alter der Mutter: 44 Jahre, Diabetes mellitus, Z.n. Todgeburt).

Diagnose: Klinefelter 47,XXY.

Es werden alle monogenen Diabetes-Formen diskutiert, bisher noch kein "Treffer", Typ 1-Diabetes bei fehlenden Auto-AK nicht wahrscheinlich.

Plan: Next-generation sequencing (NGS) durchführen lassen.

- 3. Diagnostik der Zöliakie bei Typ-1-DM
- J. Wolf (Paderborn)

Empfohlene Diagnostik: Gewebs-Transglutaminase-IgA-AK und Gesamt-IgA bei Manifestation und alle 1–2 Jahre ausreichend.

HLA-DQ2 und DQ8 bei Diabetes meist ohne zusätzlichen diagnostischen Wert.

Biopsie zur Diagnosesicherung weiterhin empfohlen.

Zöliakie als zusätzlicher Risikofaktor für mikrovaskuläre Komplikationen.

4. Nekrobiosis lipoidica bei Typ-1-DM: Was muss der Kinderdiabetologe wissen? E. Hammer (Hamburg)

Die Necrobiosis lipoidica ist eine relevante, Diabetes assoziierte Hauterkrankung, die die Lebensqualität sehr beeinträchtigen kann.

Die Diagnose wird klinisch gestellt, das Granuloma anulare ist eine wichtige Differentialdiagnose.

DPV-Daten zur Assoziation mit metabolischen bzw. klinischen Parametern bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 wurden vorgetragen und diskutiert.

- 5. Diabetes bei Friedrich-Ataxie
- A. Pappas (Aachen)

Die FA ist eine neurodegenerative Erkrankung mit reduzierter Frataxinproduktion und damit Störungen in der mitochondrialen Atmungskette. Lebenslimitierend ist zumeist eine Kardiomyopathie, ein Auftreten von Diabetes mellitus wird bei 8-32 % der Patienten beschrieben. Zugrunde liegt eine erhöhte periphere Insulinresistenz (höherer Fettanteil an der Körpermasse und metabolische Störung), aber auch eine Insulindefizienz bei erhöhter Apoptoserate der beta-Zellen. Fulminante Manifestationen oder schwere Ketoazidosen im Verlauf sind beschrieben, wie auch im Fallbeispiel. Nach DPV-Daten finden sich 11 Patienten, die mit Insulin gut behandelt sind. In Kooperation mit den Neuropädiatern sind mind. 1x jährliche Such-Untersuchungen empfohlen, idealerweise mittels oGTT.

- 6. Zigarettenrauchen und Typ-1-Diabetes
- S. Hofer (Innsbruck)

Ausgefallen wegen Lufthansastreik! Frau Prof. Hofer ist nicht nach Essen gekommen.

1.9 Bericht der AG Folgeerkrankung, assoziierte Erkrankungen bei Diabetes

Moderation: K.O. Schwab (Freiburg)

Die AG war mit knapp 20 Teilnehmern wie in den letzten Jahren recht gut besucht. Zu Beginn referierte Herr Dr. Wurm über Untersuchungen der Gefäßdurchmesser am Augenhintergrund von Kindern mit Typ 1 Diabetes. Der arteriovenöse Quotient stellt dabei einen Parameter zur Erfassung der Atherosklerose dar. Je kleiner der Quotient wird infolge einer Verkleinung des Arteriendurchmessers und einer Erweiterung der Venen, desto fortgeschrittener ist die Atherosklerose des Patienten.

Dr. Krebs referierte in einem 2. Vortrag über die longitudinale Wachstumshormon-Studie. Er zeigte, dass Wachstumshormon antiatherogene Wirkungen insbesondere auf LpPLA2 und die small dense LDL-Cholesterinfraktionen aufweist.

Prof. Schwab ging auf Therapieempfehlungen für eine Lipid-senkende Therapie bei Jugendlichen mit Diabetes ein. Grundlage dafür waren 2 DPV-Publikationen (J Pediatr. 2014 May;164(5):1079-1084 und J Pediatr. 2015 Dec;167(6):1436-9).

Abschließend wurden aktuelle Projekte hinsichtlich deren Umsetzbarkeit diskutiert.

1.10 Bericht der AG DSD

Moderation: A. Richter-Unruh (Münster)

Prof. Dr. Hiort, Lübeck, berichtet über den Zwischenstand der klinischen Studie "Testosteron versus Estradiol bei kompletter Androgenresistenz". Die Rekrutierungsphase ist abgeschlossen. Mit den Ergebnissen wird nach Therapieende der letzten Patientin im Herbst 2016 gerechnet.

Die Rekrutierungsphase der europäischen multizentrischen Studie "DSD life" ist abgeschlossen, die Phase der Auswertung beginnt.

AWMF S2k-Seitlininie DSD: Koordination Richter-Unruh, Krege, Eckholt. Für die Leitlinie konnte nach einigen initialen E-Mail-Runden, einer Konsensuskonferenz, drei Delphi-Runden, einer Telefonkonferenz und einer E-Mail-Abstimmung ein Konsens bzw. eine Lösung für alle Empfehlungen gefunden werden.

Es wurden Vorschläge für den Aufbau eines Kompetenznetzes DSD anhand von Beispielen aus Münster und Lübeck diskutiert. Eine Anerkennung für ein derartiges Kompetenznetz in Deutschland gibt es noch nicht. Frau Dr. Rohayem aus Münster stellt ein Konzept für eine kinderendokrinologische-andrologische Jugendsprechstunde vor.

1.11 Protokoll der Mitgliederversammlung der Pädiatrischen Endokrinologen in der Praxis (PEP-e.V.) im Rahmen der JA-PED Tagung 2015 in Essen

Tagesordnungspunkte:

1. Versorgung in der den pädiatrischen Subdisziplinen: Bericht über die Verhandlungen mit der KBV: Leider hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) alle weiteren Verhandlungen zur Überarbeitung des Einheitlichen Bewertungsmaßtabs (EBM) für Spezialfachärztliche Pädiater (SP) abgelehnt. Aktuell sind viele niedergelassene SP-Pädiater aufgrund der niedrigen Honorarzahlungen in ihrer Existenz bedroht. Weitere Planungen für eine erneute Ansprache an die KBV über den Vorstand und mögliche Direktverträge mit den Krankenkassen sind geplant. Diese Tätigkeiten werden von den SP-Pädiatern innerhalb des Berufsverband der niedergelassenen Kinderärzte (BVKJ) umgesetzt.

2. Projekt: Qualitätsmanagement innovativer Arzneimitteltherapie (QualiAT)

Zur Verbesserung des Qualitätsmanagement der Wachstumshormontherapie ist der Aufbau einer überregionalen Datenbank für Patienten mit den entsprechenden Indikationen - Wachstumshormonmangel, Ullrich Turner Syndrom und SGA-Syndrom - geplant. Als technische Grundlage dazu soll PAEDLOGIC (nähere Informationen unter: www.paedlogic.de) dienen, das als webbasierte Datenbank für die jeweiligen teilnehmenden Praxen kostenfrei zur Verfügung steht.

Informationen über QualiAT können wir interessierten Kollegen bei Anfrage gerne zur Verfügung stellen. Eine Kooperation oder Ausweitung von QualiAT für die Kollegen in den Kliniken bezw. den Mitgliedern der DGKED würden die niedergelassene Kinderendokrinolgen (PEP e.V.) sehr begrüßen.

Die jeweiligen Patienten müssen sich in das QualiAT-System einschreiben und die Speicherung der personenbezogenen Daten entsprechend genehmigen. Auch für die Patienten ist die Teilnahme kostenfrei.

Die Finanzierung von QualiAT soll über verschiedene Sponsoren erfolgen. Dazu konnten wir inzwischen erfreulicherweise die Zusage eines Sponsors erreichen. Zusätzlich sind Verhandlungen mit Kostenträgern im Gesundheitsbereich (GKV und PKV) in Vorbereitung. Daran könnten auch entsprechende Pharmaunternehmen teilhaben, die mit den Kostenträgern Rabattverträge vereinbart haben.

2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und AGPD (JA-PED) 2015 in Essen: Stipendiaten und Preisträger

Ein herzlicher Dank geht an die Tagungspräsidenten der Essener JA-PED 2015 Herrn Prof. Hauffa und Herrn PD Dr. Beyer für die das ausgezeichnete wissenschaftliche Programm, das großartige Ambiente und das freundliche Miteinander.

AGPD-Leonard-Thompson-Gedächtnispreis 2015 gestiftet von Sanofi-Aventis

Frau Dr. Gundula Ernst, Hannover



Dr. Gundula Ernst, Dr. Ralph Ziegler

AGPD-Abstract-Award (AAA)

Dr. Stephanie Brandt, Ulm

"Zusammenhang zwischen dem BMI der Mutter vor der Schwangerschaft und der BMI-Trajektorie des Kindes im Kindesalter – Ergebnisse aus der Ulmer Kinderstudie"



Dr. Stephanie Brandt, Dr. Ralph Ziegler

AGPD-Abstract-Award (AAA)

Dr. Johanna Overberg, Berlin

"Zusammenhang zwischen nächtlicher Melatoninsekretion und Insulinresistenz bei adipösen Kindern und Jugendlichen"



Dr. Ralph Ziegler, stellvertr. für Dr. Johanna Overberg,

Dietrich-Knorr-Preis 2015 gestiftet von Ferring

Prof. Binder, Tübingen

"Accuracy of Endocrine Tests for Detecting Hypogonadotropic Hypogonadism in Girls"



Prof. Berthold Hauffa, Prof. Gerhard Binder, Frau Katja Thode (Ferring)

Klaus-Kruse-Stipendium 2015 gestiftet von Novo Nordisk

Dr. rer.nat. Jürgen Tews, Ulm

"Establishment of stable gene knockdown in human white and brown human adipose derived stem cells (hMADS)"



Dr. Stefanie Meckes-Ferber (Novo Nordisk), Dr. Daniel Tews, Prof. Berthold Hauffa

Weiterbildungsstipendium der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -Diabetologie e.V. (DGKED)

gefördert durch eine Spende von der Firma Ipsen

Frau Dr. Matar, Kiel, aufnehmende Klinik: Essen



Prof. Berthold Hauffa, Frau Dr. Matar, Dr. Dirk Schnabel

Jürgen-Bierich-Preis 2015 gestiftet von Pfizer

Basic Science: Dr. Kathrin Landgraf, Leipzig "TMEM18 is a regulator of adipogenesis and involved in PPARG signalling in vivo"



Prof. Berthold Hauffa, Dr. Kathrin Landgraf, Dr. Matthias Heinze (Pfizer), Herr Julian Koch (Pfizer)

Clinical Science: Dr. Paul Hoffmann, Homburg/Saar "Down syndrome: Gestational age-related neonatal anthropometrics for Germany"



Prof. Berthold Hauffa, Dr. Paul Hoffmann, Dr. Matthias Heinze (Pfizer), Herr Julian Koch (Pfizer)

Posterpreise der DGKED e.V. 2015 gestiftet von Sandoz

Dr. Anika Hoffmann, Oldenburg
"Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Fatigue in Longterm Survivors of Childhood-onset Craniopharyngioma"



Dr. Heide Sommer (Sandoz), Dr. Anika Hoffmann, Prof. Susanne Bechtold-Dalla Pozza

Dr. Sebastian Kummer, Düsseldorf "Next-Generation Sequencing (NGS) bei Patienten mit kongenitalem Hyperinsulinismus und unklaren Hypoglykämieerkrankungen"



Dr. Heide Sommer (Sandoz), Dr. Sebastian Kummer, Prof. Susanne Bechtold-Dalla Pozza

Nachwuchspreis "STEPS-Award" 2015 gestiftet von Merck Serono GmbH

Grundlagenwissenschaftlich: Hanna Möller, Hannover "Steuerung der GnRH-Neuronenfunktion durch astroglialen ErbB4/2-Signalweg"



Frau Hanna Möller, Dr. Dirk Schnabel

Klinisch: Sarah Goretzki, Essen:

"Klinisch relevante Osteopathologie bei Kindern mit hä-

molytischer Anämie"



Prof. Berthold Hauffa, Frau Sarah Goretzki, Dr. Dirk

3. Stipendien, Preise und Deadlines 2016

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

Jürgen-Bierich-Preis 2016

Deadline: 01. 09. 2016

Weiterbildungsstipendium der "Kinderendokrinologie und -diabetologie" 2016

Deadline: 01.08.2016

Klaus-Kruse-Stipendium 2016 Deadline: 30. September 2016

Dietrich-Knorr-Preis 2016 Deadline: 30. September 2016

STEPS-Award 2016 Deadline: 06. Juli 2016

Sandoz-Posterpreis 2016 anlässlich der JA-PED 2016

ESPE-Reisestipendium 2016

01.06.2016

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

4. Neues aus Vorstand und Geschäftsstelle

Die Bundesärztekammer hat am 07. und 08.06.2016 auf Workshops die Version 2 der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorgestellt, die auch die WBO Kinderendokrinologie und –diabetologie enthält. Dr. Dirk Schnabel vom DGKED-Vorstand hat an dieser Vorstellung teilgenommen. Die Version 2 ist jetzt auf der Plattform WikiBaek eingestellt und für alle Stellungnahmeberechtigten (Vorstände der Konventgesellschaften) einseh- und kommentierbar. Für den September 2016 ist von der DGKJ und den Konventgesellschaften (dazu gehört auch die DGKED) ein pädiatrischer Workshop mit der BÄK geplant. Wir werden weiter berichten.

In die Novellierung der GOÄ ist kurzfristig Bewegung gekommen. Zu einer Anhörung bei der BÄK am 05.09.2016 zum Thema (Pädiatrische) Endokrinologie ist die DGKED eingeladen. Vorher findet am 19.07.2016 ein Treffen der DGKJ mit der BÄK statt, bei dem auch Vorstellungen der Konventsgesellschaften bezüglich Ziffern berücksichtigt werden sollen. An unser Schreiben an alle DGKED-Mitglieder, pädiatrisch-endokrinologische und –diabetologische Anregungen zur GOÄ bis 23.06.2016 an die DGKED-Geschäftsstelle zu senden, sei erinnert. Dr. Christoph Brack, ehemaliges DGKED-Vorstandsmitglied, wird die Einsendungen koordinieren und für die Hearings zusammenfassen.

Dem hohen Arbeitsaufwand und der guten Zusammenarbeit unseres ehemaligen Vorstandsmitglieds Dr. Simone von Sengbusch und Dr. Ziegler, dem Vorsitzenden der AGPD, ist es zu verdanken, daß der G-BA für eine Verordnungsfähigkeit von Geräten zum kontinuierlichen Glukosemonitoring entschieden hat (siehe Pressemitteilung vom 16.06.2016 https://www.g-ba.de/downloads/34-215-623/21-2016-06-16_CGM.pdf). Der DGKED-Vorstand dankt den beiden für ihre ausgezeichnete Arbeit.

Unserem Mitglied Prof. em. Dr. Michael B. Ranke wurde im Rahmen eines Gala-Empfangs der Human Growth Foundation am 02.04.2016 in Boston (USA) der Visionary Award für seine Lebensleistung in dem Gebiet der Wachstumsforschung verliehen. Wir gratulieren!

Am 12.01.2016 verstarb unser Mitglied, der Schweizer Pädiater Prof. Dr. Primus-Eugen Mullis aus Bern. Prof. Mullis hat sich stets für eine gute Zusammenarbeit zwischen schweizerischen und deutschen Kinderendokrinologen und –diabetologen eingesetzt. Die Förderung junger Kollegen war ihm ein Herzensanliegen. Dies hat er auch in seinen Funktionen innerhalb der ESPE zum Ausdruck gebracht. Als Editor hat er die Buchreihe 'Developmental Endocrinology' zu hohem internationalen Ansehen gebracht. Wir vermissen ihn. Einen Nachruf finden Sie auf unserer Homepage.

Dort finden Sie auch eine Würdigung des Lebens und Werks unseres im letzten Jahr verstorbenen Mitglieds Prof. em. Dr. med. Hans Helge, Berlin. Prof. Helge hat aus seiner Position als Ordinarius auf dem Lehrstuhl für Pädiatrie an der FU Berlin nicht nur die pädiatrische Endokrinologie und –diabetologie, sondern die gesamte deutsche Kinderheilkunde über Dekaden beeinflußt. Lassen Sie uns an seinem Beispiel lernen.

Unser Geschäftstellenleiter, Herr Seel, bittet Sie höflich, ihm alle Änderungen Ihres beruflichen Status und Ihres Kommunikationsstatus mitzuteilen, damit wir mit Ihnen in Verbindung bleiben können.

5. JA-PED 2016 Osnabrück

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

Gemeinsam mit den Tagungspräsidenten Prof. Dr. med. Norbert Albers, Dr. med. Susanne Büsing und den Kongresssekretären Dr. med. Jens Banzer, Stefanie Kölling laden wir Sie herzlich zur diesjährigen, mittlerweile 11. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V., vom 11. - 13. November 2016 nach Osnabrück in die OsnabrückHalle ein.

Die diesjährige JA-PED steht unter den folgenden Themenschwerpunkten:

Bereich Diabetologie

- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperlipidämien
- Zukunft der Diabetologie / "Intelligente" Insuline
- Closed-loop-Systeme
- Neonataler Diabetes
- Sozialdiabetologie

Bereich Endokrinologie

- Transsexualität
- Adipositas
- Polycystisches Ovariensyndrom
- PädEndo meets Nephrologie
- PädEndo meets Innere Medizin
- Hormontherapie nach onkologischen Erkrankungen
- Endokrinologie in der Praxis

Schon jetzt können Sie Ihr Abstract zur Tagung einreichen. Wir freuen uns auf die Einreichung zahlreicher Beiträge, um mit Ihrer Beteiligung ein spannendes wissenschaftliches Programm gestalten zu können.
Abstract Deadline ist der 29. 06 2016.

Die Registrierung zur Tagung ist seit dem 30.04.2016 auf der Kongresshomepage möglich.

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



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) | www.dgked.de

Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin |

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