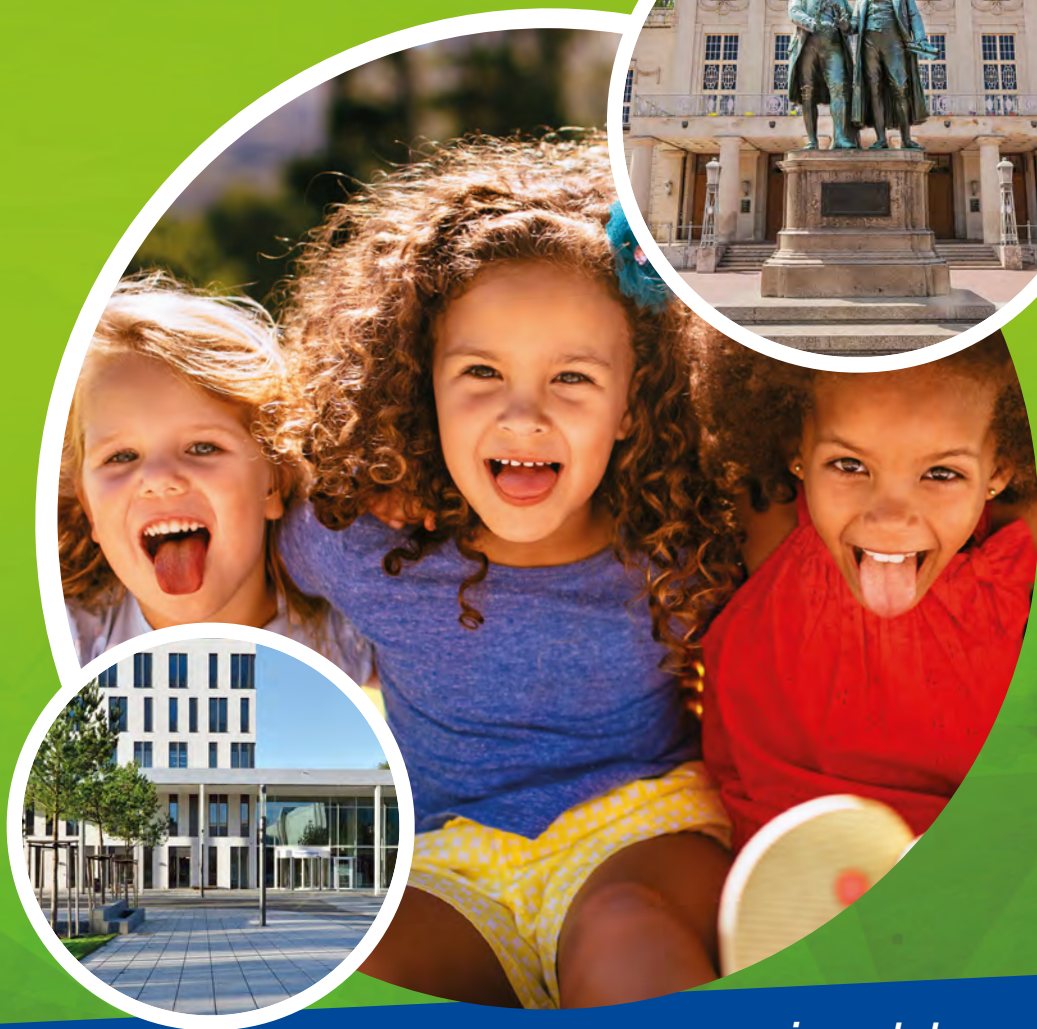


 **JA-PED**
2018

Gemeinsame Jahrestagung der
AGPD e. V. und der DGKED e. V.

23.–25.11.2018

WEIMAR



www.ja-ped.de



**Vertrauen,
aus Erfahrung
gewachsen.**

■ **Bewährt¹** ■ **Einfach²** ■ **Robust**

Referenzen

1. Bell, J., Parker, K. L., Swinford, R.D., Hoffman, A.R., Maneatis, T., & Lippe, B. (2010). Longterm safety of recombinant human growth hormone in children. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 95(1), 167–177. 2. NutropinAq® Fachinformation, April 2013.

NutropinAq® 10 mg/2 ml (30 I.E.), Injektionslösung Wirkstoff: Somatropin **Zusammensetzung:** 1 ml enthält 5 mg Somatropin (humanes Wachstumshormon, das aus *Escherichia coli*-Zellen mittels rekombinanter DNA-Technologie gewonnen wurde). Eine Zylinderampulle enthält 10 mg (30 I.E.) Somatropin. Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, verflüssigtes Phenol, Polysorbat 20, Natriumcitrat, wasserfreie Citronensäure, Wasser für Injektionszwecke. **Wirkstoffgruppe:** Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga, Somatropin und Analoga. **Anwendungsgebiete:** **Kinder und Jugendliche:** Langzeitbehandlung von Kindern mit Wachstumsstörungen infolge ungenügender Sekretion von endogenem Wachstumshormon. Langzeitbehandlung von Mädchen ab 2 Jahren mit Wachstumsstörungen infolge von Turner-Syndrom. Behandlung von präpubertären Kindern mit Wachstumsstörungen infolge chronischer Niereninsuffizienz bis zum Zeitpunkt einer Nierentransplantation. **Erwachsene:** Substitution von endogenem Wachstumshormon bei Erwachsenen, die entweder bereits seit der Kindheit oder seit dem Erwachsenenalter an einem Wachstumshormonmangel leiden. Vor der Behandlung ist ein Wachstumshormonmangel entsprechend nachzuweisen. Bei Erwachsenen mit Wachstumshormonmangel sollte die Diagnose in Abhängigkeit von der Ätiologie gestellt werden: *Bei Beginn im Erwachsenenalter:* Der Patient muss einen Wachstumshormonmangel aufgrund einer hypothalamischen oder hypophysären Erkrankung und zusätzlich mindestens einen anderen diagnostizierten Hormonmangel (außer Prolaktin) haben. Die Untersuchung auf Wachstumshormonmangel sollte erst dann durchgeführt werden, wenn eine angemessene Substitutionstherapie für den Mangel an anderen Hormonen eingeleitet worden ist. *Bei Beginn im Kindesalter:* Patienten, die in der Kindheit einen Wachstumshormonmangel hatten, sollten erneut getestet werden, um einen Wachstumshormonmangel im Erwachsenenalter zu bestätigen, bevor die Substitutionstherapie mit NutropinAq begonnen wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Somatropin oder einen der sonstigen Bestandteile. Somatropin darf nicht zur Wachstumsförderung bei Patienten mit geschlossenen Epiphysenfugen angewendet werden. Somatropin darf nicht angewendet werden, wenn Anzeichen für Tumoraktivität vorliegen. Intrakranielle Tumoren müssen inaktiv sein, und eine Tumorbehandlung muss abgeschlossen sein, bevor eine Therapie mit Wachstumshormon begonnen wird. Die Behandlung muss abgebrochen werden, wenn Anzeichen eines Tumorstadiums auftreten. Eine Therapie mit Wachstumshormon darf nicht begonnen werden bei Patienten mit akuter, schwerer Erkrankung infolge Komplikationen nach einer offenen Herz- oder Bauchoperation, multiplen Unfallverletzungen oder bei Patienten mit akuter Ateminsuffizienz. **Nebenwirkungen:** *Pivotal und unterstützende klinische Studien (642 Patienten):* Sehr häufig bei Erwachsenen, häufig bei Kindern: Arthralgie, Myalgie, Ödeme, periphere Ödeme. Häufig: Vorhandensein arzneimittelspezifischer Antikörper, Hypothyreose, Glukosetoleranz beeinträchtigt, Kopfschmerzen, Hypertonie, Reaktionen an der Injektionsstelle, Asthenie. Gelegentlich: Malignes Neoplasma, benignes Neoplasma, Anämie, Hypoglykämie, Hyperphosphatämie, Persönlichkeitsstörung, Somnolenz, Nystagmus, Papilloedem, Diplopie, Vertigo, Tachykardie, Hypertonie, Erbrechen, Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit, Lipodystrophie, Hautatrophie, exfoliative Dermatitis, Urtikaria, Hirsutismus, Hauthypertrophie, Muskelschwäche, Karpaltunnelsyndrom, Harninkontinenz, Polyurie, Pollakisurie, Urinomalie, uterine Blutung, Genitalfluor, an der Injektionsstelle: Atrophie, Blutung, Schwellung, Hypertrophie. *Indikationsspezifisch:* Bei Kindern mit ungenügender Wachstumshormonsekretion (n=236): Häufig: ZNS-Neoplasma. Bei Kindern mit Turner-Syndrom (n=108): Häufig: Menorrhagie. Bei Kindern mit chronischer Niereninsuffizienz (n=171): Häufig: Nierenversagen, Peritonitis, Knochennekrose, erhöhter Kreatininspiegel. Risiko für intrakraniellen Hochdruck erhöht. Bei Erwachsenen mit Wachstumshormonmangel (n=127): Sehr häufig: Parästhesie. Häufig: Hyperglykämie, Hyperlipidämie, Schlaflosigkeit, Störung der Synovialis, Arthrose, Muskelschwäche, Rückenschmerzen, Brustschmerzen, Gynäkomastie. Weitere mögliche NW: Bei Kindern mit WH-Mangel Risiko für intrakraniellen Hochdruck erhöht. Bei Patienten mit endokriner Störung Risiko für Epiphysiose erhöht. **Anwendungsbeobachtung nach Markteinführung:** Gelegentlich: Kopfschmerzen, Hypertrophie der Adenoiden, Epiphysiose, fortschreitende Skoliose, Arthralgie, Ödeme, periphere Ödeme, Reaktionen an der Injektionsstelle (Reizung, Schmerzen). Selten: Erhöhter Blutzucker, Gewichtszunahme, benigner intrakranieller Hochdruck, erhöhter intrakranieller Druck, Migräne, Karpaltunnelsyndrom, Parästhesie, Schwindel, Papillödem, Verschwommensehen, tonsilläre Hypertrophie, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, generalisierter Pruritus, Urtikaria, Hautrötung, abnorme Knochenentwicklung, Osteochondrosis, Muskelschwäche, Schmerzen in den Extremitäten, Hypothyreose, Diabetes mellitus, Hyperglykämie, Hypoglykämie, Glukosetoleranz beeinträchtigt, Wiederauftreten von malignem Neoplasma, melanozytärer Nävus, Hypertonie, Asthenie, Ödeme im Gesicht, Müdigkeit, Reizbarkeit, Schmerzen, Fieber, Reaktionen an der Injektionsstelle (Blutung, Hämatom, Atrophie, Urtikaria, Pruritus, Schwellung, Erythem), Gynäkomastie, abnormes Verhalten, Depression, Schlaflosigkeit. Die Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Schwangerschaft und Stillzeit entnehmen Sie bitte der Fachinformation. **Verschreibungspflichtig (NR)** Ipsen Pharma, F-92100 Boulogne-Billancourt. Örtlicher Vertreter: Ipsen Pharma GmbH, D-76275 Ettlingen. Stand der Information: April 2013. Z. Nr.: EU/1/00/164/003, EU/1/00/164/005

NUT-AT-000034-10/2016

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	3
Allgemeine Hinweise	4
Veranstaltungsort	7
Tagesübersichten	
Freitag, 23.11.2018	10
Samstag, 24.11.2018	12
Sonntag, 25.11.2018	14
Detailprogramm Freitag, 23.11.2018	16
Seminar für Assistenzärzte/-ärztinnen	16
Ultraschallkurs Endokrine Organe	17
Seminar für MitarbeiterInnen der Diabetestteams	18
Seminar für Endokrinologie-Schwestern und ArzthelferInnen	19
AG-Sitzungen	20
Mitgliederversammlung Eröffnung	24
Detailprogramm Samstag, 24.11.2018	25
Detailprogramm Sonntag, 25.11.2018	30
Posterplan	34
Postersitzungen	35
Preisverleihungen	41
Abendveranstaltungen	43
Kongressbegleitende Ausstellung	46
Unterstützer	48

SEINE FÜRSORGE

IHRE MOTIVATION



Wirksamkeit und Sicherheit

durch PATRO® nachverfolgt:¹
Weltweit in 50 Ländern mit
ca. 60.000 Patienten

SurePal™

für eine einfache, tägliche
Anwendung durch Kinder^{2,3}

Unser Engagement

individuell unterstützen –
Tag für Tag



POWERED BY



1 Paffle R. et al., Poster IMPE 2017. 2 Partsch CJ et al. Med Devices (Auckl) 2015;8: 389–393. 3 Schnabel D et al. Med Dev Ev Res 2016;9: 317–324.

Omnitrope® 5 mg/1,5 ml/- 10 mg/1,5 ml/- 15 mg/1,5 ml Injektionslösung: Wirkstoff: Somatropin. **Zusammensetzung:** 1 ml Lsg. enth. 3,3/6,7/10 mg Somatropin (aus gentechn. veränd. E. coli) (entspr. 10/20/30 I.E.). Eine Patrone enth. 1,5 ml entspr. 5/10/15 mg Somatropin (15/30/45 I.E.). Sonstige Bestandteile: 5 mg/1,5 ml: Di-Na-hydrogenphosphat Heptahydrat, Na-dihydrogenphosphat Dihydrat, Mannitol, Poloxamer 188, Benzylalkohol, Wasser f. Inj.-zwecke. 10 mg/1,5 ml: Di-Na-hydrogenphosphat Heptahydrat, Na-dihydrogenphosphat Dihydrat, Glycin, Poloxamer 188, Phenol, Wasser f. Inj.-zwecke. 15 mg/1,5 ml: Di-Na-hydrogenphosphat Heptahydrat, Na-dihydrogenphosphat Dihydrat, Na-chlorid, Poloxamer 188, Phenol, Wasser f. Inj.-zwecke. **Anwendungsgeb.** Kleinkdr., Kdr. u. Jugendl.: Wachstumsstör. durch unzureich. Sekretion v. Wachstumshormon (Wachstumshormonmangel WHM), Wachstumsstör. inf. eines Ullrich-Turner-Syndr. od. chron. Niereninsuff., Wachstumsstör. b. Kleinwuchs. Kdr./Jugendl. (akt. Körpergrößen SDS < -2,5 u. mehr als < -1 unterhalb des elterl. Zielgrößen SDS) als Folge einer intrauterinen Wachstumsverzöger. (SGA = Small for Gestational Age, Geburtsgewicht u./od. Geburtslänge < -2,0 SDS bezogen auf das Gestationsalter), die bis zum Alter v. 4 Jahren od. später kein Aufholwachstum zeigten (Wachstumsgeschwindigkeit < 0 SDS im letzten Jahr). Prader-Willi-Syndr. (PWS), zur Verbess. v. Wachstum u. Körperzusammensetzung. (gesichert durch genet. Tests). **Erw.:** Substitutionsther. b. ausgeprägtem WHM. Manifest. im Erw.-alter: Pat. m. schwerem WHM assoziiert m. multiplem Hormonmangel inf. einer bekannten Erkrank. d. hypothalamischen-hypophysären Syst. u. mind. einem weiteren Hormonausfall d. Hypophyse, außer Prolaktin (Bestimm. durch dynam. Test). Manifest. in der Kindh.: B. Pat. m. Erstmanifest. eines WHM erneute Untersuch. der Kapa. zur Sekretion v. WH. B. Pat. m. erhöhter Wahrscheinl. f. persistier. WHM ist ein niedr. IGF-I-Spieg. (SDS < -2) ohne WH-Therap. über mind. 4 Wo als ausreich. Beweis zu betrachten. **Gegenanz.** Überempf. geg. Inhaltsst., Anz. einer Tumorerkrank., aktive intrakran. Tumoren, nicht abgeschlossene Tumorbehandl., b. Kdr. m. geschloss. Epiphysenfugen nicht z. Verbess. d. Körpergröße einsetzen, Komplik. inf. einer akuten krit. Erkrank. nach operat. Eingriffen am offenen Herzen bzw. im Abdom.-ber., infolge v. Polytrauma, akuter respirat. Insuff. od. ähnl. Komplik., Schwangersch. **Nebenwirk.** Klin. Studien an Kdr.: Leukämie, Diab. mell. Typ II, Parästhesie, benignen intrakran. Hypertonie, Arthralgie, Myalgie, Steifh. d. Skelettmuskulatur, Reakt. an d. Inj.-stelle, periph. Ödeme, Cortisol im Blut vermind. **Zusätzl. b. Erw.:** Karpaltunnelsyndr. Nach Markteinf. seltene Fälle v. plötzl. Tod bei Prader-Willi-Syndr., es konnte jedoch kein kausaler Zus.-hang nachgewiesen werden. Epiphyseolysis capitis femoris u. Morbus Perthes, mögl. Hyperglykämie, vermind. Spiegel des freien Thyroxins. **Warnhinw.:** 5 mg/1,5 ml: Enth. Benzylalkohol. **Weit. Einzelh. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. Verschreibungspflichtig. Mat.-Nr.:** 3/51010866 **Stand:** März 2018 Zulassungsinhaber: Sandoz GmbH, A-6250 Kundl, Österreich; lokaler Ansprechpartner: Hexal AG, 83607 Holzkirchen, www.hexal.de

Grußwort

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

die gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e. V. und der Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie (DGKED) e. V. jährt sich im November 2018 zum 13. Mal. Diese Tagung findet in der Mitte Deutschlands, in Weimar, statt und wir heißen Sie dazu herzlich willkommen.

Kaum ein anderer Ort Deutschlands verbindet Geschichte, Kunst und Wissenschaft mehr miteinander, als Weimar. Die Weimarer Republik wird als ein Abschnitt der deutschen Geschichte verstanden, in dem eine parlamentarische Demokratie Wirklichkeit wurde. Friedrich Ebert und Philipp Scheidemann waren die maßgeblichen Architekten der Weimarer Republik, genauso wie Martin Wabitsch und Andreas Neu, welche als jeweilige Sprecher der Arbeitsgemeinschaften 2011 die Gründung der DGKED und die Zusammenarbeit von DGKED und AGPD maßgeblich vorantrieben.

Aus kultureller Sicht wurde Weimar Ende des 18., Anfang des 19. Jahrhunderts geprägt durch die Weimarer Klassik, welche in Anlehnung an klassische Ideale das Streben nach harmonischem Ausgleich und nach der Einheit von Inhalt und Form zum Ziel hatte. In diese Zeit fällt das gemeinsame Wirken von Johann Wolfgang von Goethe, Friedrich Schiller, Johann Gottfried von Herder und Christoph Martin Wieland, welche die deutsche Literatur bis heute maßgeblich beeinflusst haben und heute noch das Stadtbild Weimars prägt. Neben der fachlichen Weiterbildung bietet Weimar in angenehmer Umgebung ein ideales Ambiente zum fachlichen Austausch und Ausbau freundschaftlicher Beziehungen zu anderen Zentren.

Die Tagungsschwerpunkte in Weimar werden neben dem Kernthema effektive Therapie des Diabetes mellitus Typ 1 die Verhinderung der Folgekrankheiten sein, weshalb der Schulterchluss zur Nephrologie und Ophthalmologie gesucht wird.

Auf endokrinologischem Gebiet wollen wir uns dem Krankheitsbild UTS und der Schilddrüse in all ihren Facetten sowie neuen Therapieoptionen in der Endokrinologie widmen. Als herausragenden Punkt möchten wir Helmut-Günther Dörr danken für seinen unermüdlichen Einsatz vor allem in der Diagnostik und Therapie des AGS und anderer Störungen der Steroidsynthese.

Nicht zuletzt erfordert es die Zeit, sich mit dem sinnvollen Umgang mit der Volkskrankheit Adipositas zu beschäftigen und weiter nach Ursachen, Auswirkungen und Möglichkeiten der Prävention zu forschen. Besonderes Augenmerk werden wir auch in diesem Jahr auf die Seminare für Assistenzärzte/-ärztinnen legen, welchen wir unser Fachgebiet weiter nahebringen wollen. Die von hoher Qualität geprägten Seminare erfreuen sich seit Jahren großer Beliebtheit.

Sehr am Herzen liegt uns auch die Weiterbildung unserer Schwestern, Arzthelferinnen und Diabetesberaterinnen, ohne die die erfolgreiche Betreuung von Kindern mit endokrinologischen Erkrankungen und Diabetes mellitus nicht möglich wäre.

Wir freuen uns auf eine interessante und erfolgreiche Tagung und heißen Sie herzlich in Weimar willkommen.

Dr. med. Claudia Vilser
Tagungsleiterin

Dr. med. Axel Dost
Tagungsleiter

Wissenschaftliche Ausrichter

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e. V.
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und Diabetologie (DGKED) e. V.

Tagungsleitung

Dr. med. Claudia Vilser und Dr. med. Axel Dost
Universitätsklinikum Jena, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Tagungsort

congress centrum neue weimarhalle
UNESCO Platz 1
99423 Weimar

Veranstalter

event lab. GmbH
Richard-Lehmann-Straße 12
04275 Leipzig

☎ Telefon vor Ort: 03 64 3/74 51 43
✉ E-Mail: ja-ped@eventlab.org

Kongresszeiten

Der Registrierungscounter befindet sich im Südfoyer und ist wie folgt geöffnet:

Freitag, 23.11.2018	07:00–20:00 Uhr
Samstag, 24.11.2018	07:30–18:30 Uhr
Sonntag, 25.11.2018	07:30–13:30 Uhr

Medien Check

Der Medien Check befindet sich im Ostfoyer und ist wie folgt geöffnet:

Freitag, 23.11.2018	12:00–19:00 Uhr
Samstag, 24.11.2018	08:00–17:00 Uhr
Sonntag, 25.11.2018	08:00–11:00 Uhr

Wir bitten alle Referenten, ihre Vorträge spätestens eine Stunde vor Beginn ihrer Session im Medien Check abzugeben.

Kongressbegleitende Ausstellung I Catering

Die kongressbegleitende Ausstellung befindet sich im Nord- und Westfoyer (siehe auch Seite 46) und ist wie folgt geöffnet:

Freitag, 23.11.2018	15:00–22:00 Uhr
Samstag, 24.11.2018	09:30–17:30 Uhr
Sonntag, 25.11.2018	09:00–12:00 Uhr

Speisen und Getränke werden zu den im Programm angegebenen Pausenzeiten in der kongressbegleitenden Ausstellung gereicht.

Posterausstellung

Die Posterausstellung befindet sich im Rangfoyer Süd (siehe auch Seite 34).
Sie kann von Freitag, 23.11.2018 bis Sonntag, 25.11.2018 während der Kongresszeiten besucht werden.
Die Postersitzungen finden am Samstag, 24.11.2018 von 12:30 Uhr bis 13:30 Uhr statt.
Material zum Anbringen der Poster erhalten Sie am Registrierungscounter.
Bitte beachten Sie, dass die Poster bis Sonntag, 25.11.2018 um 12:00 Uhr abgenommen sein müssen.
Nicht abgenommene Poster werden entsorgt.

W-LAN

Während der Jahrestagung steht Ihnen ein kostenfreies W-LAN zur Verfügung.
SSID: JAPED2018
Passwort: 20182018

Fortbildungspunkte

Die Landesärztekammer Thüringen hat die Tagung wie folgt zertifiziert:

Seminar für Assistenzärzte/-ärztinnen (Begrüßungsabend mit Fachvortrag, 22.11.2018 und Seminar, 23.11.2018)	9 Punkte	Kategorie A
Ultraschallkurs Endokrine Organe, 23.11.2018	9 Punkte	Kategorie C
Jahrestagung, 23.11.2018	4 Punkte	Kategorie A
Jahrestagung, 24.11.2018	9 Punkte	Kategorie A
Jahrestagung, 25.11.2018	5 Punkte	Kategorie A

Bitte kommen Sie täglich zum Registrierungscounter, um Ihren Barcode für die Zertifizierung einscannen zu lassen. Haben Sie Ihre EFN-Nummer bei der Anmeldung zur Jahrestagung angegeben, so finden Sie den Barcode auf der Rückseite Ihres Namensschildes.
Haben Sie Ihre EFN-Nummer nicht angegeben, so halten Sie bitte Ihre Barcodeetiketten oder Ihren Arztausweis bereit oder tragen sich mit Ihrer Adresse in die am Registrierungscounter ausliegenden Listen ein.

Der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe (VDBD) hat die Jahrestagung wie folgt zertifiziert:

23.11.2018	9 Punkte
24.11.2018	6 Punkte
25.11.2018	3 Punkte

KÖNNEN SIE ES BÄNDIGEN?



Besuchen Sie
uns an unserem
Stand.

NEU



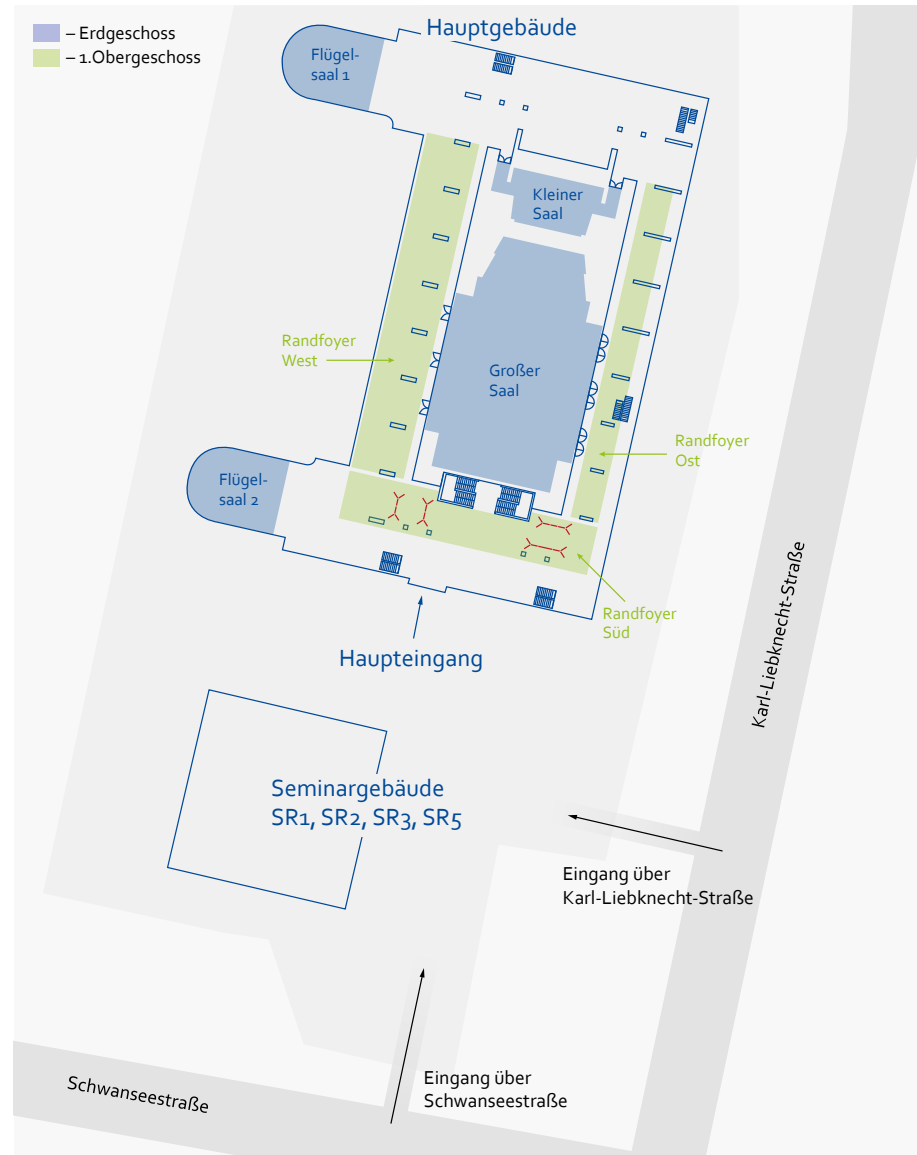
KYOWA KIRIN

Veranstaltungsort



weimarahalle Hauptgebäude + Seminargebäude

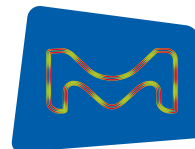
congress centrum neue weimarahalle
Unesco-Platz 1
99423 Weimar



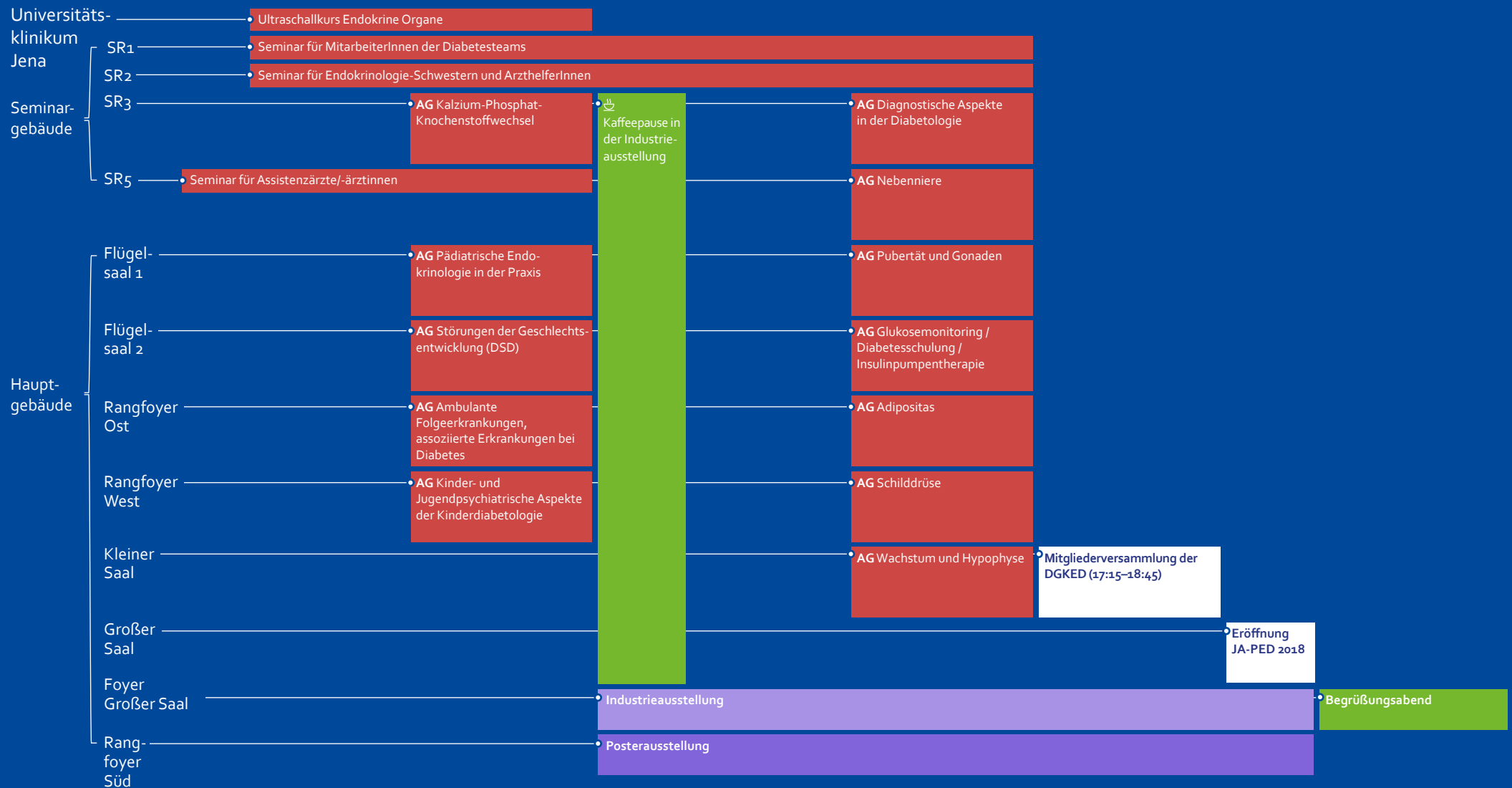
besuchen sie
uns am
Messestand!



Kinderträume ermöglichen
Einfach. Glücklich. Wachsen.



Tagesübersicht Freitag, 23.11.2018



Tagesübersicht Samstag, 24.11.2018



08:30

10:00

10:30

11:45

12:15

13:45

14:30

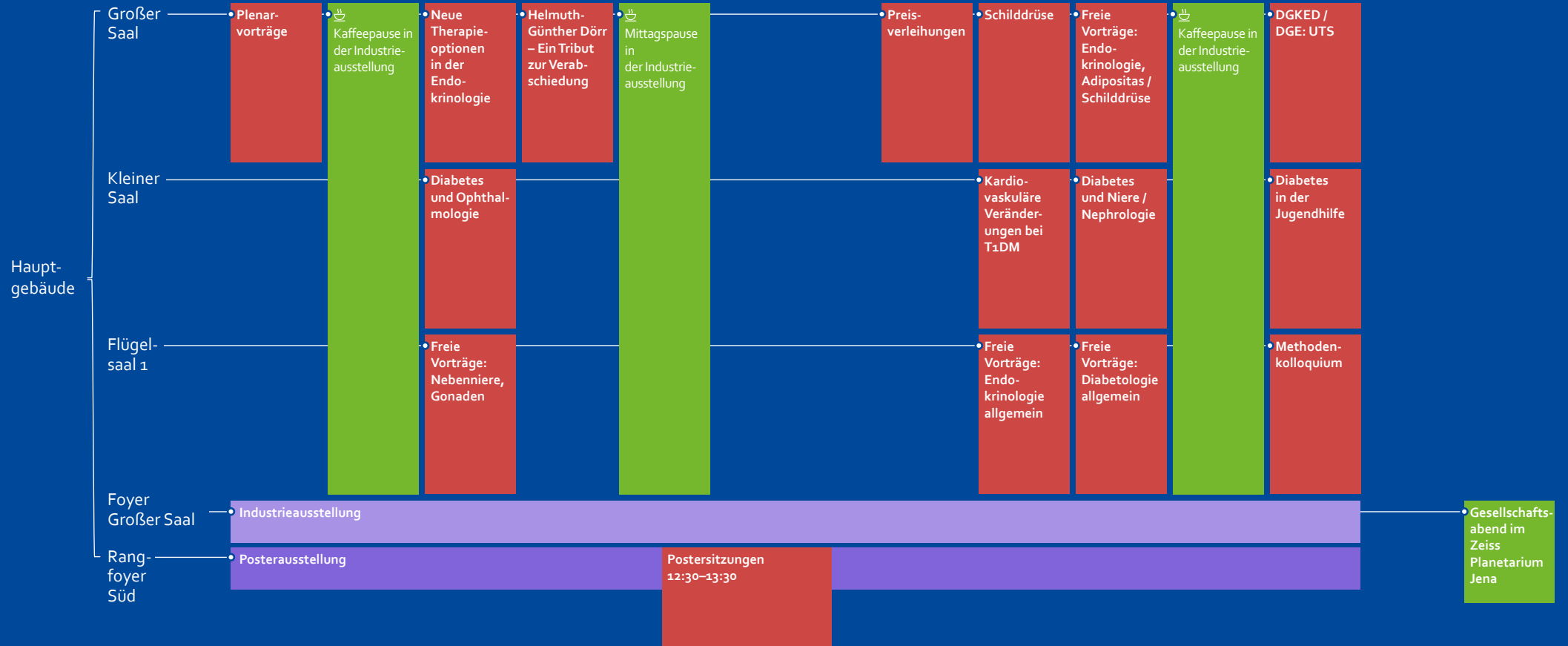
15:45

16:30

17:00

18:30

19:30



Tagesübersicht Sonntag, 25.11.2018



08:30

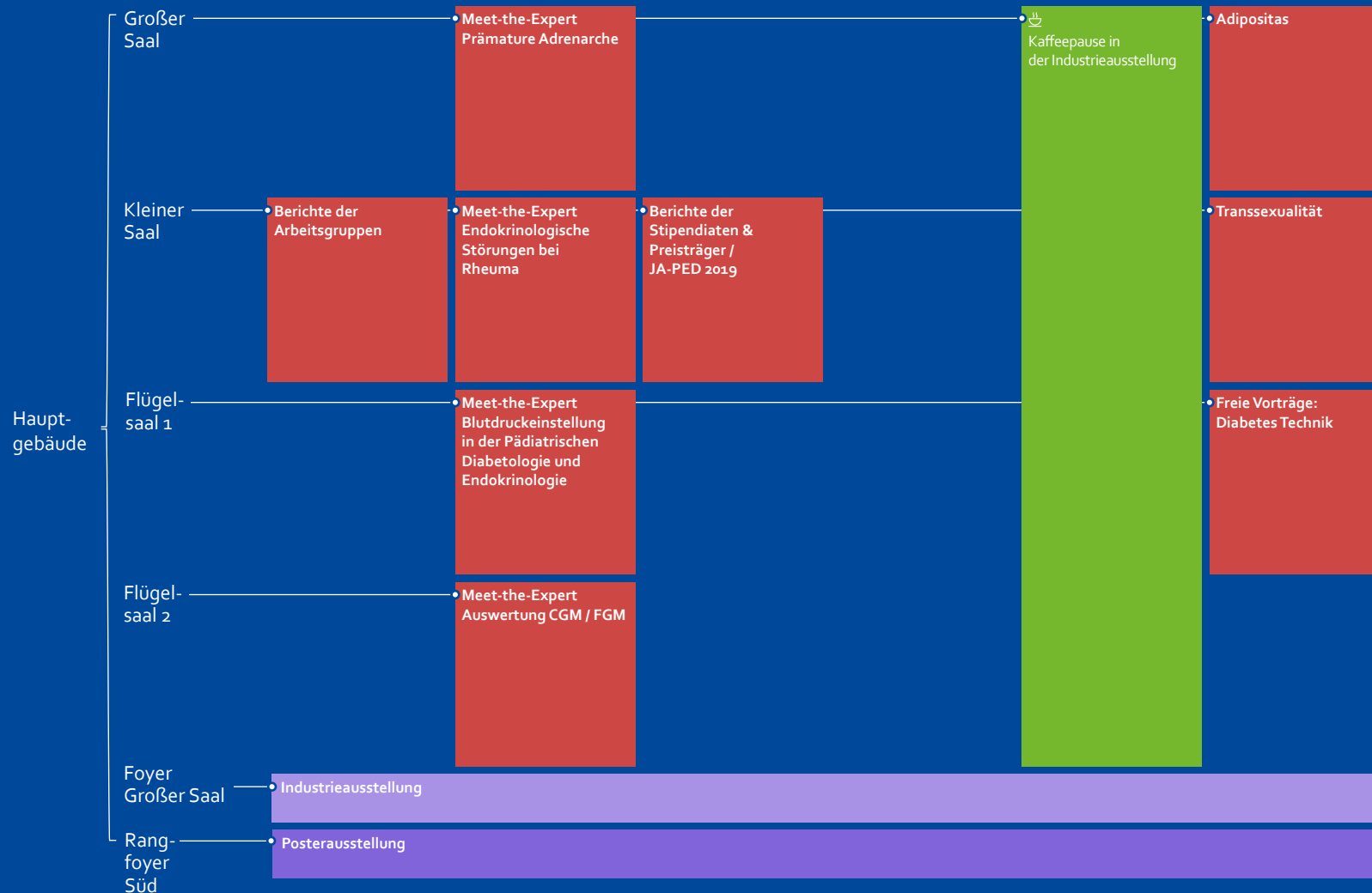
09:40

10:45

11:15

11:45

13:15



Seminar für Assistenzärzte/-ärztinnen

Leitung: A. Körner, Leipzig; S. Wudy, Gießen

22.11.2018 ⌚ 19:00–21:30 Uhr	📍 Seminargebäude, Raum 1
19:00 Uhr	Begrüßung mit Imbiss und Getränken
20:00 – 21:30 Uhr	Fachvortrag mit anschließender Diskussion Pädiatrische Endokrinologie – Wie machen es die Schweizer? <i>D. L'Allemand, St. Gallen (CH)</i>
23.11.2018 ⌚ 08:00–15:00 Uhr	📍 Seminargebäude, Raum 5
08:00 Uhr	Begrüßung und Einleitung <i>A. Körner, Leipzig; S. Wudy, Gießen</i>
08:10 Uhr	Endokrinologische Nachsorge nach onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter – eine lebenslange Herausforderung <i>C. Denzer, Ulm</i>
09:10 Uhr	Kaffeepause
09:30 Uhr	Vorstellung von 6 Kasuistiken à 7 Minuten <i>A. Barth, Datteln; U. Duvigneau, Hamburg; D. Falk, Krefeld; K. Förtsch, Düsseldorf; J. Gesing, Leipzig; S. Giatropoulou, Gießen</i>
10:20 Uhr	Kurze Pause
10:30 Uhr	Vorstellung von 6 Kasuistiken à 7 Minuten <i>S. Linke, Hamburg; O. Metzging, Jena; B. Schipper, Hamburg; E. Schulz, Hamburg; A. Schweda, Krefeld; C. Sydlik, München</i>
11:20 Uhr	Syndromaler Kleinwuchs unter besonderer Berücksichtigung von Turner Syndrom und Noonan Syndrom <i>G. Binder, Tübingen</i>
12:20 Uhr	Mittagspause
13:10 Uhr	Vorstellung von 6 Kasuistiken à 7 Minuten <i>D. Delbeck, Krefeld; M. Friedrich, Köln; S. Krull, Gießen; J. Mührer, Aachen; F. Quitter, Dresden; C. Reinauer, Düsseldorf</i>
14:00 Uhr	Kurze Pause
14:10 Uhr	Vorstellung von 6 Kasuistiken à 7 Minuten <i>N. Rückert Salas, Speyer; S. Schulz, Hamburg; A. Stasinaki, St. Gallen (CH); K. Wechsung, Berlin; C. Wehling, Augsburg; P. Weihe, Halle/Saale</i>
15:00 Uhr	Schlussbemerkungen und Seminarende <i>A. Körner, Leipzig; S. Wudy, Gießen</i>

Mit freundlicher Unterstützung von:



Ultraschallkurs Endokrine Organe

Leitung: J. Jüngert, Erlangen; T. Rohrer, Homburg

23.11.2018 ⌚ 09:00–15:00 Uhr	📍 Universitätsklinikum Jena Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Am Klinikum 1 07747 Jena
09:00 Uhr	Einleitung und Begrüßung <i>T. Rohrer, Homburg</i>
09:15 Uhr	Hodensonographie <i>J. Jüngert, Erlangen</i>
10:00 Uhr	Brustsonographie <i>J. Jüngert, Erlangen</i>
10:30 Uhr	Kaffeepause
10:45 Uhr	Sonographie von Uterus und Ovarien <i>G. Engelcke, Hannover</i>
11:30 Uhr	Sonographie der Schilddrüse <i>M. Stenzel, Köln</i>
12:15 Uhr	Sonographie der Nebennieren <i>T. Rohrer, Homburg</i>
12:45 Uhr	Pause und Aufteilung in Arbeitsgruppen
13:00 Uhr–15:00 Uhr	Sonographie von Patienten mit Pathologien der entsprechenden Organe und Organsysteme <i>G. Engelcke, Hannover; J. Jüngert, Erlangen; T. Rohrer, Homburg; M. Stenzel, Köln; E. Stierkorb, Homburg</i>

Mit freundlicher Unterstützung von:



Seminar für MitarbeiterInnen der Diabetesteam

Leitung: B. Maier, Bad Mergentheim; K. Boß, Berlin

🕒 09:00–17:00 Uhr	📍 Seminargebäude, Raum 1
09:00 Uhr	Begrüßung und kurze Einleitung B. Maier, Bad Mergentheim; K. Boß, Berlin
09:15 Uhr	Inklusion M. Heinrich, Berlin
10:30 Uhr	Kaffeepause
11:15 Uhr	Digital health in der pädiatrischen Diabetologie R. Ziegler, Münster
12:00 Uhr	Mittagspause
13:30 Uhr	Diabetesschulung meets Digitalisierung: Chancen und Grenzen von Webinaren und Co. T. Basner, Berlin
14:45 Uhr	Kaffeepause
15:15 Uhr	Kontrazeption bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen F. Baier, Bayreuth
16:00 Uhr	Patientenfälle Interessierte TeilnehmerInnen
16:30 Uhr	Verabschiedung und Evaluation B. Maier, Bad Mergentheim; K. Boß, Berlin

Mit freundlicher Unterstützung von:



Seminar für Endokrinologie-Schwestern und ArzthelferInnen

Leitung: A. Richter-Unruh, Bochum; F. Schreiner, Bonn

🕒 09:00–17:00 Uhr	📍 Seminargebäude, Raum 2
09:00 Uhr	Begrüßung A. Richter-Unruh, Bochum; F. Schreiner, Bonn
09:05 Uhr	Bildgebung der Sellaregion – endokrinologische Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter T. Rohrer, Homburg
09:45 Uhr	Neugeborenen Screening AGS und konnatale Hypothyreose, Ziele und Grenzen F. Schreiner, Bonn
10:15 Uhr	Kaffeepause
10:45 Uhr	Quiz: Hautveränderungen in der Kinderendokrinologie Quiz: Blickdiagnosen in der Kinderendokrinologie F. Schreiner, Bonn; A. Richter-Unruh, Bochum
11:45 Uhr	Kinder- und Jugendgynäkologie A. Richter-Unruh, Bochum
12:30 Uhr	Behandlung des Phosphatdiabetes: Was gibt es Neues? A. Richter-Unruh, Bochum
13:00 Uhr	Mittagspause
14:00 Uhr	Schnittstelle Endokrinologie/Onkologie N. Jorch, Bayreuth
15:00 Uhr	Kaffeepause in der Industrieausstellung
15:30 Uhr	Wachstumsstörungen – wann besteht Handlungsbedarf? C. Vilser, Jena
16:30 Uhr	Patientenfälle Interessierte TeilnehmerInnen
17:00 Uhr	Verabschiedung A. Richter-Unruh, Bochum; F. Schreiner, Bonn

Mit freundlicher Unterstützung von:



AG-Sitzungen

 13:30–15:00 Uhr	 Seminargebäude, Raum 3
AG Kalzium-Phosphat-Knochenstoffwechsel <i>Moderation: D. Schnabel, Berlin</i>	
Therapiestudie zur Behandlung der Fibrodysplasia ossificans progressiva <i>O. Semler, Köln</i>	
Neue Therapieoption zur Behandlung der X-chromosomal dominanten hypophosphatämischen Rachitis <i>D. Schnabel, Berlin</i>	
Neues zu Denosumab <i>H. Hoyer-Kuhn, Köln</i>	
Diskussion der Konsensus-Guideline Consensus guidelines on the use of bisphosphonate therapy in children and adolescents (Simm, P.J. 2018) <i>E. Schönau, Köln; O. Semler, Köln</i>	
 13:30–15:00 Uhr	 Flügelsaal 1
AG Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis <i>Moderation: K. Hartmann, Frankfurt</i>	
Projekt: Qualitätsmanagement innovativer Arzneimitteltherapie (QualiAT): * Wachstumshormontherapie bei Kindern und Jugendlichen: aktuelle Auswertung und Planung einer gemeinsamen Publikation * Erweiterung der Datenbank für Kinder mit Pubertas præcox unter einer pubertätsbremsenden Therapie mit einem LHRH-Superagonist <i>K. Hartmann, Frankfurt</i>	
Honorarzusage für die pädiatrischen Endokrinologen von einem größeren Krankenkassenverbund zur Optimierung der Wachstumshormontherapie von kleinwüchsigen Kindern und Jugendlichen im Rahmen des QualiAT-Projekts <i>K. Hartmann, Frankfurt</i>	
Sonstiges <i>C. Brack, Celle</i>	
 13:30–15:00 Uhr	 Flügelsaal 2
AG Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD) <i>Moderation: A. Richter-Unruh, Bochum</i>	
DSD news: I-DSD, DSDnet und EndoERN <i>O. Hiort, Lübeck</i>	
Was haben wir aus der CAIS-Studie gelernt? <i>O. Hiort, Lübeck</i>	

Bericht vom Fachtag im Justizministerium: Kommt ein OP-Verbot?

O. Hiort, Lübeck

Vorstellung der Studie Empower-DSD

B. Köhler, Berlin; U. Neumann, Berlin

M/W/X. Wie gehen wir damit um?

A. Richter-Unruh, Bochum

 13:30–15:00 Uhr	 Rangfoyer Ost
Ambulante Folgeerkrankungen, assoziierte Erkrankungen bei Diabetes <i>Moderation: K. O. Schwab, Freiburg</i>	
Konsens über notwendige Screeninguntersuchungen zur Früherkennung der Atherosklerose und Therapie der diabetischen Folgeerkrankungen und der Risikofaktoren	
1. Vorstellung der Leitlinien 2. Diskussion, was den eigenen Vorstellungen entspricht 3. Zusammentragen der Daten und ggf. Erstellung einer zusammenfassenden Publikation	
 13:30–15:00 Uhr	 Rangfoyer West
AG Kinder- und Jugendpsychiatrische Aspekte der Kinderdiabetologie <i>Moderation: D. Hilgard, Herdecke</i>	
Begrüßung und Bericht von der Arbeit der PPAG e. V. <i>D. Hilgard, Herdecke</i>	
Bedeutung eines ADHS als Komorbidität bei Diabetes und chronischen Krankheiten <i>B. Kentner-Figura, Bad Kreuznach</i>	
Therapie bei ADHS: immer nur Ritalin? <i>M. Meusers, Herdecke</i>	
Fallvignetten aus dem Publikum	
 15:00–15:30 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung	 Foyer Großer Saal
 15:30–17:00 Uhr	 Seminargebäude, Raum 3
AG Diagnostische Aspekte in der Diabetologie <i>Moderation: P. Beyer, Oberhausen; R. Holl, Ulm</i>	
Fallberichte neonataler Diabetes <i>S. Hofer, Innsbruck (AT)</i>	
Neue Therapieoptionen bei Patienten mit transientem neonatalem Diabetes / UPD6 <i>K. Raile, Berlin</i>	
MODY 12: Fallbericht 1 <i>E. Hahn, Oberhausen</i>	

Fortsetzung AG Diagnostische Aspekte in der Diabetologie

MODY 12: Fallbericht 2

B. de Potzoll, Neuburg

MODY 6-14: Was muss der Kinderdiabetologe darüber wissen?

S. Kummer, Düsseldorf

Insulinresistenz und Lipodystrophie

J. Hermann, Ulm; R. Holl, Ulm

🕒 15:30–17:00 Uhr

📍 Seminargebäude, Raum 5

AG Nebenniere

Moderation: C. Kamrath, Gießen

Begrüßung

C. Kamrath, Gießen

Bericht zum Verfahren des G-BA bzgl. Alkindi

C. Kamrath, Gießen; O. Blankenstein, Berlin

Auswertung der GnRH-Analoga-Behandlung in der AQUAPE/AGS-Datenbank

F. Schreiner, Bonn

Überblick zur AQUAPE/AGS Datenbank: Patienten, teilnehmende Zentren, laufende Projekte

F. Schreiner, Bonn; R. Holl, Ulm

Patientenschulungsprogramm AGS

N. Reisch, München

Individualisierte Einstellung mit Speichelprofilen bei Patienten mit AGS

U. Neumann, Berlin

Bericht über den Stand der Leitlinienentwicklung

O. Blankenstein, Berlin; C. Kamrath, Gießen

🕒 15:30–17:00 Uhr

📍 Flügelsaal 1

AG Pubertät und Gonaden

Moderation: J. Rohayem, Münster

Transdermale Östrogensubstitution bei hypogonadalen Mädchen

S. Fricke-Otto, Krefeld

Transdermale Testosteron-Substitution bei hypogonadalen Jungen

J. Rohayem, Münster

Untersuchungen zur Korrelation von Androgenspiegeln im Speichel und Serum

K. O. Schwab, Freiburg

Vorstellung der Leitlinie Pubertas tarda und Verabschiedung

G. Simic-Schleicher, Bremen

Diskussion:

* DHEA-Substitution bei Jungen mit MPHD mit ACTH-Defizienz?

* Gonadotropin-Substitution der Minipubertät bei CHH/Kallmann/MPHD?

* Mailingliste AG Pubertät und Gonaden

* Verstärkung bzw. Nachfolge Vorsitz AG Pubertät und Gonaden

🕒 15:30–17:00 Uhr

📍 Flügelsaal 2

AG Glukosemonitoring / Diabetesschulung / Insulinpumpentherapie

Moderation: E. Lilienthal, Bochum; B. Heidtmann, Hamburg

Wie sieht die praktische Organisation unserer Sprechstunde in Zeiten von sensorintegrierter Pumpentherapie oder sensorunterstützter ICT aus?

M. Holder, Stuttgart

AGP – der neue Standard zur CGM-Auswertung

R. Ziegler, Münster

CGM-Systeme im stationären Setting (Manifestation, Ketoazidose). Wie ist der aktuelle Stand?

M. Holder, Stuttgart

🕒 15:30–17:00 Uhr

📍 Rangfoyer Ost

AG Adipositas

Moderation: S. Wiegand, Berlin; J. v. Schnurbein, Ulm

Persönlicher Erfahrungsbericht eines Jugendlichen vor und nach einer bariatrischen Operation (Lebensqualität, positive und negative Auswirkungen der OP)

Bariatrische Chirurgie bei extrem adipösen Jugendlichen – Übersicht zur aktuellen Datenlage

Erfahrungen aus der JA-Studie (Jugendliche mit extremer Adipositas):

Prozentsatz der operierten Patienten und klinisches Outcome

Fallberichte: Welche Jugendliche / junge Erwachsene planen eine Operation und wie ist die Patientenzufriedenheit?

Beiträge aus dem Auditorium:

Fallbeispiele von Kollegen/-innen, die Patienten betreuen, welche sich einer Adipositas-Chirurgie unterzogen haben oder diese erwägen

🕒 15:30–17:00 Uhr

📍 Rangfoyer West

AG Schilddrüse

Moderation: H. Krude, Berlin

Update outcome CH

Update Schilddrüsenknoten

Detailprogramm Freitag, 23.11.2018

🕒 15:30–17:00 Uhr	📍 Kleiner Saal
AG Wachstum und Hypophyse <i>Moderation: R. Pfäffle, Leipzig; G. Binder, Tübingen</i>	
Fragebogenstudie zum Turner-Syndrom <i>H.-G. Dörr, Erlangen</i>	
Natürlicher Wachstumsverlauf und Lebensqualität bei konstitutioneller Verzögerung von Wachstum und Pubertät (KEV) - erste Ergebnisse einer bizenitischen retrospektiven Studie <i>T. Reinehr, Datteln; G. Binder, Tübingen</i>	
Bericht vom Symposium zur Verbesserung der medizinischen Betreuung von Frauen mit Turner-Syndrom in Deutschland <i>G. Binder, Tübingen</i>	
Sonstiges <i>Alle AG-Teilnehmer</i>	
🕒 17:15–18:45 Uhr	📍 Kleiner Saal
Mitgliederversammlung der DGKED e. V. <i>Leitung: J. Wölfle, Bonn</i>	
🕒 19:00–20:15 Uhr	📍 Großer Saal
Eröffnung der JA-PED 2018	
Grußworte der Tagungsleitung <i>C. Vilser, Jena; A. Dost, Jena</i>	
Dr. med. h.c. Johann Wolfgang von Goethe, der Arzt Friedrich Schiller und die Medizin <i>V. Hesse, Berlin</i>	
Das Bauhaus in Weimar – Hochschule des Erfindens <i>M. Siebenbrodt, Weimar</i>	
🕒 20:15–22:00 Uhr	📍 Foyer Großer Saal
Begrüßungsabend in der Industrieausstellung	
<i>Weitere Informationen auf Seite 43.</i>	

Detailprogramm Samstag, 24.11.2018

🕒 08:30–10:00 Uhr	📍 Großer Saal
Plenarvorträge <i>Vorsitz: R. Pfäffle, Leipzig; R. Holl, Ulm</i>	
Spurenelemente und Schilddrüse: physiologische Bedeutung und therapeutische Relevanz <i>J. Köhrle, Berlin</i>	
Time in range or HbA_{1c}, which parameter will be the future? <i>R. Hovorka, Cambridge (UK)</i>	
Vit. D Prophylaxe/Therapie – Was gibt es Neues? <i>T. Reinehr, Datteln</i>	
🕒 10:00–10:30 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung	📍 Foyer Großer Saal
🕒 10:30–11:45 Uhr	📍 Großer Saal
Neue Therapieoptionen in der Endokrinologie <i>Vorsitz: O. Semler, Köln</i>	
Adipositas <i>P. Kühnen, Berlin</i>	
Hyperinsulinismus <i>T. Meißner, Düsseldorf</i>	
Phosphatdiabetes <i>D. Schnabel, Berlin</i>	
🕒 10:30–11:45 Uhr	📍 Kleiner Saal
Diabetes und Ophthalmologie <i>Vorsitz: O. Kordonouri, Hannover</i>	
Folgeerkrankungen des Diabetes am Auge – Diagnostik und Therapie <i>U. Voigt, Jena</i>	
Diabetes und Auge aus diabetologischer Sicht <i>M. Voigt, Jena</i>	
🕒 10:30–11:45 Uhr	📍 Flügelssaal 1
Freie Vorträge: Nebenniere, Gonaden <i>Vorsitz: S. Wudy, Gießen</i>	
Normalisierung von LC-MS/MS-gemessenen Steroidhormonen über Multiples of Median (MoM) in der Differentialdiagnose AGS <i>A. Kulle, Kiel</i>	
Hydrocortison Dosierung bei Kindern mit Adrenogenitalem Syndrom – was lernen wir aus dem deutschen AGS-Register? <i>H. Hoyer-Kuhn, Köln</i>	

Fortsetzung Freie Vorträge: Nebenniere, Gonaden

Langzeituntersuchung zur Sicherheit und Therapiekontrolle eines neuen Hydrocortisongranulats bei Kleinkindern mit einer Nebenniereninsuffizienz

U. Neumann, Berlin

GnRH-Analoga in der Behandlung von Kindern mit Adrenogenitalem Syndrom (AGS): Daten aus dem multizentrischen nationalen Register DGKED-QS/AGS

F. Schreiner, Bonn

Das Li-Fraumeni Syndrom als Ursache für beidseitigen Nebennieren Adenome im Kindesalter

N. van der Werf-Grohmann, Freiburg i. Br.

🕒 11:45–12:15 Uhr

📍 Großer Saal

Helmuth-Günther Dörr – Ein Tribut zur Verabschiedung

Vorsitz: J. Wöfle, Bonn; D. Schnabel, Berlin

Beitrag von einem Weggefährten

M. Ranke, Tübingen

Beitrag von einem Schüler

T. Rohrer, Homburg

Beitrag vom DGKED-Vorstand

🕒 12:15–13:45 Uhr | Mittagspause in der Industrieausstellung

📍 Foyer Großer Saal

🕒 12:30–13:30 Uhr

📍 Rangfoyer Süd

Postersitzungen

Detaillierte Informationen auf Seite 35.

🕒 13:45–14:30 Uhr

📍 Großer Saal

Preisverleihungen

Detaillierte Informationen auf Seite 41.

🕒 14:30–15:45 Uhr

📍 Großer Saal

Schilddrüse

Vorsitz: H. Krude, Berlin

SD-Knoten Diagnostik / Management

J. Pohlenz, Mainz

Neues zur Thyreoiditis

M. Bettendorf, Heidelberg

Schilddrüsenfunktion und Adipositas

H. Krude, Berlin

🕒 14:30–15:45 Uhr

📍 Kleiner Saal

Kardiovaskuläre Veränderungen bei T1DM

Vorsitz: K. O. Schwab, Freiburg i. Br.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

A. Krebs, Freiburg i. Br.

Neue Entwicklung in der Lipidologie

K. O. Schwab, Freiburg i. Br.

Neue US-BP-Referenzwerte

A. Dost, Jena

🕒 14:30–15:45 Uhr

📍 Flügelsaal 1

Freie Vorträge: Endokrinologie allgemein

Vorsitz: S. Bechtold-Dalla Pozza, München

Hypophosphatasie oder Odontohypophosphatasie – der wichtige Unterschied für den Therapieentscheid

F. Flury, Dresden

1-Alpha-Hydroxylase-Mangel – Lost in Transition

M. Munteanu, Essen

Long-term Effects of GH Replacement Therapy in Childhood-onset Craniopharyngioma: Results of the German Craniopharyngioma Registry (HIT-Endo)

S. Boekhoff, Oldenburg

Spektrum des Congenitalen Hyperinsulinismus

S. Empting, Magdeburg

Kombination einer SHOX-Haploinsuffizienz mit partieller Trisomie des Chromosoms 15 bei einer 8-jährigen Patientin

C. Vilser, Halle/Saale

🕒 15:45–16:30 Uhr

📍 Großer Saal

Freie Vorträge: Endokrinologie, Adipositas / Schilddrüse

Vorsitz: M. Wabitsch, Ulm

Insulinsensitivität und β -Zellfunktion in der Entwicklung gestörter Glukosetoleranz bei adipösen Kindern und Jugendlichen

C. Denzer, Ulm

Deletionen auf Chromosom 16p11.2 sind assoziiert mit frühkindlicher Adipositas – drei Fallberichte

M. Schirmer, Ulm

Schilddrüsenfunktion im Jugendalter nach niedrigem Geburtsgewicht – eine longitudinale Studie an monozygoten Zwillingen mit Geburtsgewichtsunterschieden

S. Schulte, Bonn

Fortsetzung Freie Vorträge: Endokrinologie, Adipositas / Schilddrüse	
Struma ohne Mikrokalkifikation mit zervikaler Lymphknotenschwellung: Manifestation eines papillären Schilddrüsenkarzinoms bei einem 7-jährigen Jungen <i>M. Becker, Luxemburg (LU)</i>	
Increased Prevalence of Autoimmune-Thyroiditis in Juvenile Patients with Depressive Symptoms <i>R. Hirtz, Essen</i>	
🕒 15:45–16:30 Uhr	📍 Kleiner Saal
Diabetes und Niere / Nephrologie <i>Vorsitz: K. Raile, Berlin</i>	
Diabetes und Niere – Pathophysiologische und pathobiochemische Grundlagen <i>H. Rhode, Jena</i>	
Klinik, Diagnostik, Therapie <i>G. Wolf, Jena</i>	
🕒 15:45–16:30 Uhr	📍 Flügelsaal 1
Freie Vorträge: Diabetologie allgemein <i>Vorsitz: J. Wendenburg, Jena</i>	
Der Einfluss der Zentrumsgröße auf die Versorgung von pädiatrischen Patienten mit Typ 1 Diabetes <i>S. Kahleyss, Meissen</i>	
Deutliche Reduktion der diabetischen Ketoazidose bei Manifestation – Ergebnisse der Stuttgarter Ketoazidose Präventionskampagne <i>M. Holder, Stuttgart</i>	
Praxishypertonie und maskierte Hypertonie: Relevanz für Jugendliche mit Typ-1-Diabetes <i>R. Oeverink, Oldenburg</i>	
Hypoketotische, hypoinsulinämische Hypoglykämien durch aktivierende somatische Mutationen in der PI3-Kinase <i>S. Kummer, Düsseldorf</i>	
DAPADream: Die Senkung der Glukosespiegel und Zunahme der Zeit im Zielbereich nach SGLT2-Einnahme ist unabhängig von Altersgruppe und Mahlzeit <i>T. Biester, Hannover</i>	
☕ 16:30–17:00 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung	📍 Foyer Großer Saal

🕒 17:00–18:30 Uhr	📍 Großer Saal
DGKED / DGE: UTS <i>Vorsitz: J. Wölfle, Bonn; G. Binder, Tübingen</i>	
UTS und Fertilität <i>P. Oppelt, Erlangen</i>	
UTS und Hörstörungen <i>F. Schneider, Tübingen</i>	
UTS und kardiovaskuläre Erkrankungen <i>U. Herberg, Bonn</i>	
🕒 17:00–18:30 Uhr	📍 Kleiner Saal
Diabetes in der Jugendhilfe (Symposium der PPAG) <i>Vorsitz: D. Hilgard, Herdecke; M. Meusers, Herdecke</i>	
Wann ist Jugendhilfe, wann Kinder- und Jugendpsychiatrie nötig? <i>M. Meusers, Herdecke</i>	
Ambulant erschöpft – was können wir noch tun? <i>M. Jivan, Berchtesgaden</i>	
Rechtsgrundlagen, Verfahrenspraxis und Darstellung aus der ambulanten Praxis <i>D. Paape, Bremen</i>	
Diabetes aus Sicht von Jugendämtern <i>W. Huber, Weierhof</i>	
🕒 17:00–18:30 Uhr	📍 Flügelsaal 1
Methodenkolloquium <i>Vorsitz: J. Kratzsch, Leipzig; S. Wudy, Gießen</i>	
Neue Mutationen bei Kleinwuchs: Methodisches Vorgehen und klinischer Phänotyp <i>D. Rockstroh-Lippold, Leipzig</i>	
Neue diagnostische Verfahren bei Diabetes insipidus <i>W. K. Fenske, Leipzig</i>	
Autoantikörper gegen den IGF1-Rezeptor – Nachweis und Bedeutung <i>L. Schomburg, Berlin</i>	
🕒 ab 19:30 Uhr	📍 Zeiss-Planetarium Jena
Gesellschaftsabend <i>Detaillierte Informationen auf Seite 43.</i>	

🕒 08:30–09:30 Uhr	📍 Kleiner Saal
Berichte der Arbeitsgruppen <i>Vorsitz: C. Vilser, Jena; A. Dost, Jena</i>	
🕒 09:40–10:40 Uhr	📍 Großer Saal
Meet-the-Expert: Prämatüre Adrenarche <i>U. Kuhnle, München; C. Land, Gauting</i>	
🕒 09:40–10:40 Uhr	📍 Kleiner Saal
Meet-the-Expert: Endokrinologische Störungen bei Rheuma <i>S. Bechtold-Dalla Pozza, München</i>	
🕒 09:40–10:40 Uhr	📍 Flügelsaal 1
Meet-the-Expert: Blutdruckeinstellung in der Pädiatrischen Diabetologie und Endokrinologie <i>J. Dötsch, Köln</i>	
🕒 09:40–10:40 Uhr	📍 Flügelsaal 2
Meet-the-Expert: Auswertung CGM / FGM <i>M. Holder, Stuttgart; S. von Sengbusch, Lübeck</i>	
🕒 10:45–11:15 Uhr	📍 Kleiner Saal
Berichte der Stipendiaten / Preisträger Vorstellung der JA-PED 2019 <i>Vorsitz: J. Wölfe, Bonn; T. Kapellen, Leipzig</i>	
Bericht über das 2. Jahr des DGKED-Weiterbildungsstipendiums <i>N. Matar, Essen (Preisträgerin 2015)</i>	
Bericht über das 1. Jahr des DGKED-Weiterbildungsstipendiums <i>K. Wechsung, Berlin (Preisträgerin 2017)</i>	
Bericht über die Verwendung des Leonard-Thompson-Gedächtnispreises <i>A. Galler, Berlin (Preisträgerin 2017)</i>	
Vorstellung der JA-PED 2019 <i>T. Rohrer, Homburg</i>	
☕ 11:15–11:45 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung	📍 Foyer Großer Saal

🕒 11:45–13:15 Uhr	📍 Großer Saal
Adipositas <i>Vorsitz: M. Wabitsch, Ulm</i>	
Alles Babyspeck oder wann entsteht Adipositas? <i>A. Körner, Leipzig</i>	
Insulinresistenz bei Adipositas - Ursachen und Behandlung <i>S. Wiegand, Berlin</i>	
Adipositas und Metabolisches Syndrom nach Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter <i>C. Denzer, Ulm</i>	
🕒 11:45–13:15 Uhr	📍 Kleiner Saal
Transsexualität	
Hormonbehandlung transidenter Jugendlicher <i>A. Wüsthof, Hamburg</i>	
Ethische und rechtliche Aspekte bei Transidentität <i>A. Schütze, Bochum</i>	
Operatives Vorgehen <i>S. Riechardt, Hamburg</i>	
🕒 11:45–13:15 Uhr	📍 Flügelsaal 1
Freie Vorträge: Diabetes Technik <i>Vorsitz: M. Holder, Stuttgart</i>	
Technik, Daten, Digitalisierung: wo stehen wir? <i>R. Ziegler, Münster</i>	
Vergleich von U20 und U100 Insulin bei Verwendung eines Tag-und Nacht Hybrid Closed-loop Systems zu Hause bei Kleinkindern mit Typ 1 Diabetes <i>T. Kapellen, Leipzig</i>	
Closed Loop im Alltag: Anwendung eines DIY-open APS im Kleinkindalter <i>T. Biester, Hannover</i>	
Telemedizin im Praxistest: Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche (ViDiKi) <i>F.-S. Frielitz, Lübeck</i>	
Stationäre Behandlungsdauer bei Pumpentherapie vs. Injektionstherapie bei 47.160 pädiatrischen Patienten mit Typ 1 Diabetes in Deutschland <i>M. Auzanneau, Ulm</i>	

**JA-PED
2019**

Gemeinsame Jahrestagung der
AGPD e. V. und der DGKED e. V.

14.-16.11.2019
CONGRESSHALLE | SAARBRÜCKEN



Themenschwerpunkte

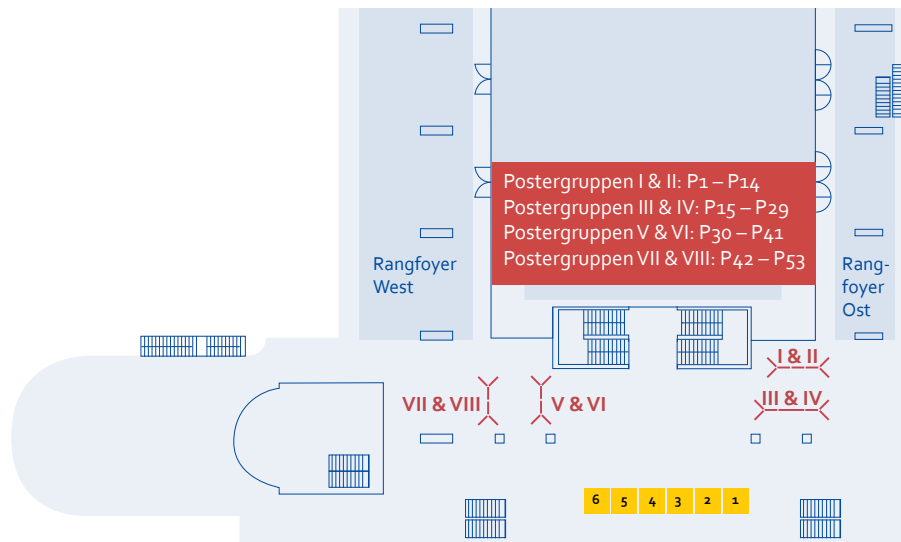
Psychologie meets Endokrinologie und Diabetologie | Endokrinologie und Syndrome
Endokrine Spätschäden nach Tumorthherapie | Endokrine Tumoren | Bildgebung
Kindergynäkologie | Geschlechtsdysphorie

Kongresspräsident

Prof. Dr. Tilman Rohrer | Homburg

www.ja-ped.de

congress centrum neue weimarhalle | 1. Obergeschoss



Selbsthilfegruppen / Vereine	Stand-Nr.
AGS Eltern- und Patienteninitiative e.V.	1
Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e.V.	2
Intersexuelle Menschen e.V.	3
Deutsche Klinefelter-Syndrom-Vereinigung e.V.	4
Netzwerk Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen e. V.	5
Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche Jena e.V.	6

12:30–13:30 Uhr Rangfoyer Süd

Postergruppe I: Diabetes Allgemein

Vorsitz: K. Konrad, Essen

- PP-01 **Glukoseprofile von 1.653 Patienten mit Typ-1-Diabetes: Unterschiede zwischen Altersgruppen und Tageszeit – eine multizentrische DPV-Analyse**
J. Hermann, Ulm
- PP-02 **Klinische Bedeutung des initialen Plasmacortisols bei Diabetes mellitus Typ 1 bei Manifestation und im ersten Therapiejahr**
M. Metzen, Kiel
- PP-03 **Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 1 und einer Autoimmunhepatitis Typ 1 – ein Fallbericht**
U. Duvigneau, Hamburg
- PP-04 **Manifestation einer Schizophrenie bei einer jugendlichen Patientin mit DiGeorge-Syndrom und Diabetes mellitus Typ1 – ein Fallbericht**
S. Linke, Hamburg
- PP-05 **AMBA - Alltagsbelastungen der Mütter von Kindern mit Typ 1 Diabetes – Auswirkungen auf Berufstätigkeit und Bedarf an Unterstützungsleistungen im Alltag**
A. Dehn-Hindenbergh, Hannover
- PP-06 **Retrospektive Kosten-Wirksamkeits-Analyse einer integrativen Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes**
D. Sethe, Köln

12:30–13:30 Uhr Rangfoyer Süd

Postergruppe II: Monogenetischer Diabetes

Vorsitz: K. Warncke, München

- PP-07 **Transienter neonataler Diabetes durch ZFP57 Mutation – Ansprechen auf Glibenclamid**
C. Reinaver, Düsseldorf
- PP-08 **Erfolgreiche ambulante Therapie mit oralen Sulfonylharnstoffen bei transientem neonatalen Diabetes mellitus aufgrund einer paternalen Duplikatur 6q24**
F. Schneider, Münster
- PP-09 **Diabetes im Säuglingsalter – eine Herausforderung!**
M. Henn, Rottenburg am Neckar
- PP-10 **Noch nicht beschriebene Mutation im ABCC 8 Gen als Ursache für Diabetes bei mehreren Familienmitgliedern**
N. Datz, Hannover
- PP-11 **Mimikry monogenetischer Diabetes**
L. van den Boom, Frankfurt
- PP-12 **Subklinische Diabetesmanifestation: früher Typ-1 oder etwas anderes? – Noch nicht beschriebene Mutation im Glukokinasegen als Ursache für MODY 2**
T. von dem Berge, Hannover

Fortsetzung Postergruppe II: Monogenetischer Diabetes

- PP-13 **Klassifizierung eines Diabetes mellitus bei einer übergewichtigen Patientin mit AIT, Dyslipidämie und positiver Familienanamnese für Diabetes mellitus**
M. Krasmann, Kiel
- PP-14 **NBAS gene mutation causes Insulin-dependent Diabetes Mellitus in a patient with a multisystem disorder consisting immunodeficiency and extremely short stature**
S. Giatropoulou, Butzbach

🕒 12:30–13:30 Uhr

📍 Rangfoyer Süd

Postergruppe III: Autoimmunendokrinopathie/Adipositas

Vorsitz: K. Mohnike, Magdeburg

- PP-15 **Alopezie als erste Manifestation einer Polyendokrinopathie**
G. Koukou, Oberhausen
- PP-16 **Myopathie mit CK-Erhöhung und Muskelkrämpfen – eine seltene Komplikation bei Morbus Basedow**
F. Quitter, Dresden
- PP-17 **Mineralokortikoidmangel als ungewöhnliche Präsentation eines autoimmunen endokrinen Syndroms (APS I)**
S. Golembowski, Berlin
- PP-18 **Associations between leptin (total, bio-inactive, soluble receptor) and anthropometrics in children with severe early-onset obesity – German-Polish Study**
S. Brandt, Ulm
- PP-19 **Patientin mit 16p11.2 Mikrodeletion und extremer Adipositas – ohne Deletion des SH2B1-Gens**
N. Matejek, Kiel

🕒 12:30–13:30 Uhr

📍 Rangfoyer Süd

Postergruppe IV: Endokrinologie Allgemein

Vorsitz: A. Hübner, Dresden

- PP-20 **Isolierter, familiärer ACTH-Mangel als seltene Ursache einer Hypoglykämie beim Neugeborenen**
A. Bartels, Osnabrück
- PP-21 **Seltene Ursache eines reanimationspflichtigen endokrinologischen Notfalls im Neugeborenenalter**
S. Wenzel, Hamburg
- PP-22 **Seltene Ursache einer Hypoglykämie**
E. Hahn, Oberhausen
- PP-23 **Klinischer und biochemischer Phänotyp bei Aldosteron-Synthase-Mangel**
K. Förtsch, Düsseldorf

- PP-24 **"Critical illness-related corticosteroid insufficiency" bei späten Frühgeborenen**
F. Reschke, Dresden
- PP-25 **Bioäquivalenz von auf Lebensmittel gestreutem und direkt verabreichtem Hydrocortison-Granulat mit Geschmacksmaskierung und altersgerechter Dosierung**
H. Bendfeldt, Cardiff (UK)
- PP-26 **Pediatric reference intervals of 9 steroid hormones in serum analyzed by LC-MS/MS: from mini-puberty through puberty to adulthood**
Y. Bae, Leipzig
- PP-27 **Quantitative GC-MS-based urinary steroid metabolome analysis for treatment monitoring of adolescents with autoimmune primary adrenal insufficiency**
C. Kamrath, Gießen
- PP-28 **Thyroxin-Bindendes-Globulin (TBG)-Mangel – Seltene Differentialdiagnose der sekundären Hypothyreose und Beschreibung einer neuen Mutation im TBG-Gen**
T. Breil, Heidelberg
- PP-29 **Berechnung der prospektiven Endgröße mittels automatisierter Greulich-Pyle-Knochenalterbestimmung bei Kindern mit chronischen Endokrinopathien**
J. Link, Heidelberg

🕒 12:30–13:30 Uhr

📍 Rangfoyer Süd

Postergruppe V: Gonaden / DSD

- PP-30 **Eine neue homozygote Mutation im NR5A1 Gen als Ursache für eine komplette Gonadendysgenese**
F. Denzer, Ulm
- PP-31 **Störung der sexuellen Differenzierung (SDSD) und Aniridie – WAGR-Syndrom**
M. Bald, Stuttgart
- PP-32 **Biochemische, genetische und molekulare Charakterisierung einer neuen P399_E401Dup Mutation im P450 Oxidoreductase Gen eines Kindes mit 46,XX DSD**
C. Boettcher, Bern (CH)
- PP-33 **Erhöhte Methylierung im Androgenrezeptor-Promotor als Ursache einer Androgenresistenz**
N. Hornig, Kiel
- PP-34 **Seltene Ursache einer vorzeitigen Pubertätsentwicklung beim Jungen – Zwei Fallberichte**
C. Kiewert, Essen
- PP-35 **Übergang von topischem Testosteron in subkutanen Mikrodialysat, Blut und Speichel bei gesunden jungen Männern**
F. Hodde, Freiburg i. Br.

🕒 12:30–13:30 Uhr 📍 Rangfoyer Süd

Postergruppe VI: Hypophyse / Kraniopharyngeom

Vorsitz: R. Pfäffle, Leipzig

- PP-36 **Low concordance between surgical / radiological assessment of degree of resection and surgical hypothalamic damage: Results of KRANIOPHARYNGEOM 2007**
S. Boekhoff, Oldenburg
- PP-37 **Posterior Hypothalamus-sparing Surgery improves Outcome after Childhood Craniopharyngioma: Results of the Multinational Trial KRANIOPHARYNGEOM 2007**
S. Boekhoff, Oldenburg
- PP-38 **Periostin Concentrations in Childhood-onset Craniopharyngioma Patients**
S. Boekhoff, Oldenburg
- PP-39 **Zerebrale Krampfanfälle und Perzentilenflucht – "think twice"**
T. Winking, Essen
- PP-40 **Qualitätsmanagement innovativer Wachstumshormontherapie (QualiAT-WH)**
K. Hartmann, Frankfurt
- PP-41 **Endo-ERN: Das Europäische Referenznetzwerk für Seltene Endokrinopathien**
O. Hiort, Lübeck

🕒 12:30–13:30 Uhr 📍 Rangfoyer Süd

Postergruppe VII: Endokrinologie Knochen

Vorsitz: E. Schönau, Köln

- PP-42 **Vitamin D abhängige Rachitis Typ 1 A (VDDR1A): Fallbericht eines 17 Mon. alten Mädchens mit hoher Alfalcidol Dosis**
E. Schulz, Hamburg
- PP-43 **Vorzeitiger Verlust von Milchzähnen bei einem 2 jährigen Mädchen. Ein bekanntes, aber oft verkanntes Symptom der Hypophosphatasie – ein Fallbericht**
B. Schipper, Hamburg
- PP-44 **Knochenmarkversagen bei Mc Cune Albright Syndrom**
K. Wechsung, Berlin
- PP-45 **Progressive, immobilisierende Osteoporose bei einem 12-jährigen, männlichen, eineiigem Zwilling**
M. Rehberg, Köln
- PP-46 **Häufige Frakturen im Kindesalter – Vom Kinderschutz-Team bis zum Next Generation Sequencing**
E. Kräling, Stuttgart
- PP-47 **Primärer Hyperparathyreoidismus trotz niedriger Kalziumausscheidung im Urin?**
E. Manka, Essen

🕒 12:30–13:30 Uhr 📍 Rangfoyer Süd

Postergruppe VIII: UTS

- PP-48 **Akzeptanz eines Fragebogens zur klinischen Betreuung und Lebenssituation von jungen Frauen mit Ullrich-Turner-Syndrom**
H. Dörr, Erlangen
- PP-49 **Wie beurteilen junge Frauen mit Ullrich-Turner-Syndrom den Erfolg der Wachstumshormontherapie?**
H. Dörr, Erlangen
- PP-50 **Medizinische Betreuung von jungen Frauen mit Ullrich-Turner-Syndrom**
H. Dörr, Erlangen
- PP-51 **Analyse der Lebenssituation von jungen Frauen mit Ullrich-Turner-Syndrom**
H. Dörr, Erlangen
- PP-52 **Adrenarche bei Mädchen mit Ullrich-Turner-Syndrom unter Wachstumshormontherapie**
H. Dörr, Erlangen
- PP-53 **Hypoglykämien bei Ullrich-Turner Syndrom (Mosaikkonstellation 45,Xo/ringförmiges Markerchromosom X) und Kabuki-Syndrom ähnlichen Phänotyp**
J. Mührer, Aachen

Gibt den Kindern die Kindheit zurück.

Die Pubertät kann warten.

Decapeptyl® N **FERRING**
ARZNEIMITTEL

DECAPEPTYL N 3,75 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionssuspension
Wirkstoff: Triptorelinacetat. Zusammensetzung: 1 Fertigspritze enthält 4,12 mg Triptorelinacetat (1:1) entsprechend 3,75 mg Triptorelin, zu suspendieren in 1 ml beiliegendem Lösungsmittel. Nach der Zubereitung enthält das Arzneimittel 3,69 mg/ml Natrium, entsprechend 0,160 mmol/ml. Eine Fertigspritze mit Pulver enthält: Poly(glycolsäure-co-milchsäure) (1 : 1), Propylenglycolidicaprylocaprat. Eine Spritze mit 1 ml Lösungsmittel zur Suspension enthält: Dextran 70, Polysorbat 80, Natriumchlorid, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.:** *Kinder:* Behandlung von nachgewiesener zentraler Pubertas praecox (Mädchen unter 9 Jahren, Jungen unter 10 Jahren). *Frauen:* Bei symptomatischem Uterus myomatosus als präoperative Maßnahme zur Verkleinerung einzelner Myome, um die Symptome Blutungen und Schmerzen zu reduzieren. Bei symptomatischer, laparoskopisch gesicherter Endometriose, wenn eine Suppression der ovariellen Hormonbildung angezeigt ist, sofern die Erkrankung nicht primär einer chirurgischen Therapie bedarf. *Männer:* Behandlung des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Gegenanz:** *Allgemein:* Bekannte Überempfindlichkeit gegen Triptorelin, Poly(glycolsäure-co-milchsäure), Dextran oder einen sonstigen Bestandteil. Überempfindlichkeit gegen Gonadotropin-Releasing-Hormone (GnRH) oder ein anderes GnRH-Analogon. *Frauen:* Schwangerschaft und Stillzeit. **Warnhinweise:** *Allgemein:* Die GnRH-Agonisten-Behandlung kann eine Verringerung der Knochenmineraldichte bewirken. Vorläufige Daten bei Männern lassen vermuten, dass die Kombinations-therapie eines Bisphosphonats mit einem GnRH-Agonisten den Knochenmineraldichteverlust verringern kann. Besondere Vorsicht ist bei Patientinnen mit zusätzlichen Osteoporose-Risikofaktoren erforderlich. Selten lässt die GnRH-Agonisten-Behandlung ein bisher unerkanntes gonadotropes Zelladenom der Hypophyse erkennbar werden. Bei diesen Patienten kann eine Hypophysenapoplexie auftreten, die durch plötzliche Kopfschmerzen, Erbrechen, Sehstörungen und Ophthalmoplegie gekennzeichnet ist. Bei Patienten, die sich einer Behandlung mit GnRH-Agonisten (z.B. Triptorelin) unterziehen, gibt es ein erhöhtes Risiko von z.T. schwerwiegenden Depressionen. Patienten, mit bekannten Depressionen sollten während der Behandlung engmaschig überwacht werden. *Kinder:* Bei Mädchen kann die anfängliche ovarielle Stimulation, gefolgt vom behandlungsbedingten Östrogenentzug, im ersten Monat zu leichten oder moderaten vaginalen Blutungen führen. Bei den meisten Mädchen beginnt die Menstruation im Durchschnitt ein Jahr nach Ende der Behandlung, sie ist in den meisten Fällen dann regelmäßig. Die Knochenmineraldichte kann sich während der GnRH-Agonisten-Behandlung der Pubertas praecox verringern. Nach Beendigung der GnRH-Behandlung wird die Knochenmasse nicht weiter reduziert, und die maximal erreichbare Knochenmasse in der späten Adoleszenz scheint durch die Behandlung nicht betroffen zu sein. Nach Beendigung der GnRH-Behandlung kann es zu einer Lösung der Femoralepiphyse kommen. Vor der Behandlung von Kindern mit progressiven Hirntumoren sollte eine sorgfältige Risiko/Nutzen-Evaluation erfolgen. Pseudopubertas praecox (gonadale oder adrenale Tumore oder Hyperplasien) und gonadotropinunabhängige Pubertas praecox (Hodentoxikose, familiäre Leydigzellhyperplasie) sollten vorher ausgeschlossen sein. Allergische und anaphylaktische Reaktionen wurden bei Erwachsenen und Kindern beobachtet. Diese beinhalten sowohl lokale Reaktionen an der Einstichstelle als auch systemische Symptome. Die Pathogenese konnte nicht geklärt werden. Die Berichtsquote war bei Kindern höher. *Frauen:* siehe Fachinformation; *Männer:* siehe Fachinformation. **Nebenw.:** *Sehr häufig (≥1/10):* Männer: Verringerte Libido, erektile Dysfunktion, Hitzewallungen, Knochenschmerzen, Dysurie; *Frauen:* Verringerte Libido, Stimmungsänderungen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Hitzewallungen, Bauchschmerzen, Hyperhidrose, Knochenschmerzen, vaginalen Blutungen, vulvovaginale Trockenheit, Dyspareunie, Dysmenorrhoe, ovarielle Hyperstimulationssyndrom, ovarielle Hypertrophie, Beckenschmerzen, Asthenie; *Kinder:* häufig (≥1/100 und <1/10): Männer: Hyper-sensitivität, Stimmungsänderungen, depressive Stimmungen, Depressionen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Hyperhidrose, Myalgie, Arthralgie, Gynäkomastie, Müdigkeit, Reaktionen an der Einstichstelle, Reizbarkeit; *Frauen:* Hypersensitivität, depressive Stimmungen, Depressionen, Übelkeit, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, Reaktionen an der Injektionsstelle, Schmerzen an der Injektionsstelle, Reizbarkeit; *Kinder:* Stimmungsänderungen, Depressionen; gelegentlich (≥1/1000 und <1/100): Männer: Anaphylaktische Reaktion, Appetitlosigkeit, Embolie, Hypertonie, verstärktes Asthma, Magenschmerzen, Mundtrockenheit, Hypotrichose, Alopezie; Hodenatrophie, Blutlaktat-Dehydrogenase erhöht, Gamma-Glutamyltransferase erhöht, Aspartat-Aminotransferase erhöht, Alanin-Aminotransferase erhöht, Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme; *Frauen:* Anaphylaktische Reaktionen, Parästhesie, Sehstörungen, Rückenschmerzen, Blutlaktat-Dehydrogenase erhöht, Gamma-Glutamyltransferase erhöht, Aspartat-Aminotransferase erhöht, Alanin-Aminotransferase erhöht, erhöhte Cholesterolspiegel; *Kinder:* Anaphylaktische Reaktion, Erbrechen, Übelkeit, vaginalen Blutungen, vaginalen Ausfluss; *Inzidenz unbekannt: Männer:* Nasopharyngitis, gesteigerter Appetit, Gicht, Diabetes mellitus, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Antriebslosigkeit, Euphorie, Ängstlichkeit, Libidoverlust, Schwindel, Parästhesie, Erinnerungslücken, Dysgeusie, Somnolenz, Dysstasie, anormales Augenempfinden, Sehstörungen, verschwommenes Sehen, Tinnitus, Schwindelgefühl, Hypotonie, Dyspnoe, Orthopnoe, Epistaxis, Bauchschmerzen, Verstopfung, Diarrhoe, Erbrechen, aufgeblähter Bauch, Flatulenz, Gastralgie, Akne, Pruritus, Ausschlag, Bläschen, Angioödem, Urtikaria, Purpura, Rückenschmerzen, Skelettmuskelschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Gelenksteifheit, Gelenkschwellung, Skelettmuskelseite, Osteoarthritis, Brustschmerzen, Hodenschmerzen, Ejakulationsstörungen, Asthenie, Erytheme an der Injektionsstelle, Entzündungen an der Injektionsstelle, Ödem, Schmerz, Schüttelfrost, Brustschmerzen, Grippe-ähnliche Symptome, Pyrexie, Unwohlsein, Blutkreatinin erhöht, Blutdruck erhöht, Blutharnstoff erhöht, alkalische Phosphatase im Blut erhöht, Körpertemperatur erhöht; *Frauen:* Konfusion, Ängstlichkeit, Schwindel, verschwommenes Sehen, Schwindelgefühl, Dyspnoe, Bauchbeschwerden, Durchfall, Erbrechen, Pruritus, Ausschlag, Angioödem, Urtikaria, Knochenerkrankungen, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Brustschmerzen, Menorrhagie, Metrorrhagie, Amenorrhoe, Erytheme an der Injektionsstelle, Entzündungen an der Injektionsstelle, Pyrexie, Unwohlsein, Blutdruck erhöht, Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme; *Kinder:* Hypersensitivitätsreaktionen, Affektlabilität, Nervosität, Kopfschmerzen, verschwommenes Sehen, Sehstörungen, Hitzewallungen, Epistaxis, Bauchbeschwerden, Bauchschmerzen, Ausschlag, Angioneurotisches Ödem, Urtikaria, Alopezie, Erythem, Epiphysiolyse, Myalgie, Genitalblutungen, Erythem an der Injektionsstelle, Entzündung an der Injektionsstelle, Unwohlsein, Schmerzen, Schmerzen an der Injektionsstelle, Blutdruck erhöht, Gewichtszunahme. **Wechselw.:** Wenn Triptorelin in Kombination mit Arzneimitteln angewendet wird, die die hypophysäre Gonadotropinsekretion beeinflussen, sollte der Hormonstatus der Patienten sorgfältig überwacht werden. Da Androgendeprivationstherapie das QT-Intervall verlängern kann, ist die gleichzeitige Anwendung von DECAPEPTYL N mit Arzneimitteln, die bekanntermaßen das QT-Intervall verlängern, oder Arzneimitteln wie Klasse IA- (z. B. Chinidin, Disopyramid) oder Klasse III-Antiarrhythmika (z. B. Amiodaron, Sotalol, Dofetilid, Ibutilid), die die Torsade de pointes auslösen können, Methadon, Moxifloxacin, Neuroleptika, usw. sorgfältig zu evaluieren (siehe Abschnitt 4.4). Es wurden keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln durchgeführt. Die Möglichkeit von Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln einschließlich histaminfreisetzender Substanzen kann nicht ausgeschlossen werden. **Dos.:** Siehe Fachinformation. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig.**
Stand: Januar 2015. FERRING Arzneimittel GmbH, Fabrikstr. 7, 24103 Kiel, Tel.: 0431-5852-0, Fax: 0431-5852-74, e-mail: info-service@ferring.de

Preisverleihungen

Die Preisverleihungen finden am Samstag, den 24.11.2018 statt.
Folgende Preise werden von 13:45 Uhr bis 14:30 Uhr im Großen Saal der weimarhalle verliehen:

Stipendien:

• Klaus-Kruse-Stipendium

// gefördert von



Preise:

• Leonard-Thompson-Gedächtnispreis

// gefördert von Sanofi



• Jürgen-Bierich-Preis

// gefördert von Pfizer



• Dietrich-Knorr-Preis

// gefördert von Ferring



Während des Gesellschaftsabends im Zeiss Planetarium in Jena werden folgende Preise verliehen:

• STEPS-Award der DGKED

// gefördert von DGKED



• Posterpreise der DGKED

// gefördert von Sandoz



• AGPD Abstract Awards

// gefördert von AGPD



Wir bedanken uns bei allen Förderern für die großzügige Unterstützung!

GROSS RAUSKOMMEN MIT HUMATROPE®

Für die Wachstumshormontherapie bei
Kindern und Jugendlichen mit
Wachstumsstörungen infolge von

- Wachstumshormonmangel
- vorgeburtlicher Wachstumsverzögerung
- Ullrich-Turner Syndrom
- chronischer Niereninsuffizienz*
* bei präpubertären Kindern
- SHOX Defizienz



Humatrope® für Pen 6 mg, 12 mg, 24 mg. Wirkstoff: Somatropin. **Zusammensetzung:** 1 Zylinderampulle enthält 6 mg, 12 mg bzw. 24 mg Somatropin. 1 Fertigspritze mit 3,15 ml Lösungsmittel enthält 3 mg/ml Metacresol als Konservierungsmittel. **Anwendungsgebiete:** Substitutionstherapie bei nachgewiesenem Wachstumshormonmangel bei Kindern und Erwachsenen sowie bei Kindern mit Kleinwuchs infolge von Ullrich-Turner-Syndrom und bei präpubertären Kindern mit Wachstumsverzögerung infolge einer chronischen Niereninsuffizienz. Wachstumsstörung bei Kleinwüchsigkeit als Folge einer intrauterinen Wachstumsverzögerung (SGA - Small for Gestational Age). Behandlung von Kindern mit Wachstumsstörungen infolge eines durch DNA-Analyse bestätigten SHOX-Mangels. **Gegenanzeigen:** Anzeichen einer Tumorentität. Bei Überempfindlichkeit gegen Metacresol oder Glycerol Humatrope® nicht in mitgeliefertem Lösungsmittel zubereiten. Nicht zur Förderung des Längenwachstums bei Kindern mit geschlossenen Wachstumsfugen. Patienten, die einer intensiv-medizinischen Behandlung aufgrund von Komplikationen nach einer Operation am offenen Herzen, im Bauchraum oder nach Polytrauma bedürfen; Patienten mit akuter Ateminsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Allg.: Insulinresistenz, 1-10 %; Überempfindlichkeit gegen das Lösungsmittel (Metacresol/Glycerol), Hypothyreose, Schmerzen (Reaktion) an der Injektionsstelle. 0,1-1 %: Schwäche, 0,01-0,1 %: Benigne intrakranielle Hypertension. Erwachsene: > 10 %: Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen und -veränderungen (Arthralgie), 1-10 %: Karpaltunnelsyndrom, Dyspnoe, Schlafapnoe. Erw. u. Kinder: Erw. 10 %: lokale und generalisierte Ödeme (Kinder 1-10 %), Erw. 1-10 %: leichte Hyperglykämien (Kinder 1 %), Schlaflosigkeit (Kinder < 0,01 %), Parästhesien (Kinder 0,01-0,1 %), arterielle Hypertonie (Kinder < 0,01 %), Myalgie (Kinder 0,01-0,1 %), Erw. 0,1-1 %: Gynäkomastie (Kinder < 0,01 %), Erw. 0,01-0,1 %: Glukosurie (Kinder < 0,01 %), Typ-2-Diabetes mellitus: 0,1-1 % bei Kindern; Spontanfälle bei Erwachsenen wurden mit unbekannter Häufigkeit berichtet. Progression einer Skoliose: 1-10 % bei Kindern. In klinischen Studien bei Kindern entwickelten etwa 2 % der Patienten mit Wachstumshormonmangel und bis zu 8 % der Patientinnen mit Ullrich-Turner-Syndrom in der höher dosierten Anwendung Antikörper, ohne dass dadurch die Wirksamkeit beeinträchtigt war. Sehr seltene Fälle von Leukämie bei Kindern ohne Hinweis auf einen Kausalzusammenhang. **Verschreibungspflichtig. Pharm. Unternehmer:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Straße 2-4, Stand: Mai 2017 DEHMT00163

Abendveranstaltungen

Freitag, 23.11.2018 | congress centrum neue weimarhalle

Begrüßungsabend

Der Begrüßungsabend findet traditionell nach der offiziellen Eröffnung der JA-PED in der kongressbegleitenden Ausstellung statt. Genießen Sie regionale Thüringer Küche und nutzen Sie den gemeinsamen Abend zusammen mit Freunden und Kollegen zum regen Gedankenaustausch und netten Gesprächen.

Beginn: 20:00 Uhr
Ende: 22:00 Uhr
Ort: Foyer | congress centrum neue weimarhalle

Samstag, 24.11.2018 | Zeiss-Planetarium Jena

Gesellschaftsabend

Das Zeiss-Planetarium Jena öffnete am 18. Juli 1926 die Türen für das Publikum. Seine Entstehung verdankt es einer Idee des Begründers des Deutschen Museums in München, Oskar von Miller.

Wir laden Sie ein zu köstlichen Speisen und Getränken, anregenden Gesprächen und natürlich zum Tanz. Freuen Sie sich auf "Blondie and the Brains"!

Transfer ab congress centrum neue weimarhalle: 19:00 Uhr, 19:10 Uhr, 19:20 Uhr
Transfer zum congress centrum neue weimarhalle: ab 22:00 Uhr, letzter Shuttle 00:30 Uhr

Beginn: 19:30 Uhr
Ende: 00:00 Uhr
Ort: Zeiss-Planetarium Jena, Am Planetarium 5, 07743 Jena



Diurnal — ein weltweit agierendes spezialisiertes Pharmaunternehmen mit Schwerpunkt auf chronischen endokrinen Erkrankungen

Diurnal ist ein in Großbritannien ansässiges, global ausgerichtetes spezialisiertes Pharmaunternehmen, das sich dem Ziel verschrieben hat, den wichtigsten unerfüllten klinischen Bedarf und die Bedürfnisse der Patienten im Bereich Hormonersatz zu decken.

Unsere Mission ist es, wirksame, qualitativ hochwertige Produkte für die lebenslange Behandlung seltener und chronischer endokriner Erkrankungen, wie beispielsweise kongenitaler Nebennierenhyperplasie, Nebenniereninsuffizienz, Hypogonadismus und Hypothyreose, zu entwickeln.

Entwicklung neuer Therapien für Patienten mit chronischen hormonbedingten seltenen Krankheiten

Unsere Expertise liegt im Bereich der zirkadianen Endokrinologie, in dem wir innovative Forschung betreiben. Seit unserer Gründung im Jahr 2004 haben wir eine spezialisierte Pipeline von Produktkandidaten für die Endokrinologie erarbeitet, mit der wir unser Hauptziel, die Verbesserung der Ergebnisse und der Lebensqualität der Patienten, verfolgen.

Weitere Informationen über Diurnal und die Entwicklungspipeline der Medikamente finden Sie unter www.diurnal.co.uk

Aussteller	Stand-Nr.
Abbott GmbH & Co. KG	3
Aegerion Pharmaceuticals, a Novilion Therapeutics Company	1
Alexion Pharma Germany GmbH	4
BERLIN-CHEMIE AG	14
bio.logis Zentrum für Humangenetik - Partner im Diagnosticum	17
biomedpark Medien GmbH	20
Dexcom Deutschland GmbH	12
Diurnal Group PLC	2
Einhorn Apotheke Hamburg Altona	21
FERRING Arzneimittel GmbH	5
Insulet	19
Ipsen Pharma GmbH	7
KYOWA KIRIN GmbH	8
Lilly Deutschland GmbH	15
MEDTRONIC GmbH	6
Merck Serono GmbH	9
Novo Nordisk Pharma GmbH	11
Pfizer Pharma GmbH	13
Roche Diabetes Care Deutschland GmbH	18
Sandoz	16
Ypsomed GmbH	10

congress centrum neue weimarhalle | 1. Erdgeschoss



Platin Sponsor



Gold Sponsoren



Silber Sponsoren



KYOWA KIRIN

MERCK



SANDOZ A Novartis Division

Bronze Sponsor



Aussteller/Sponsoren



Gemäß den Richtlinien des FSA- oder anderer Kodizes legen wir hier die finanzielle Unterstützung der Mitglieder offen:

Abbott GmbH & Co. KG
Aegerion Pharmaceuticals, A NOVELION COMPANY
Alexion Pharma Germany GmbH
BERLIN-CHEMIE AG
Diurnal Group PLC

FERRING Arzneimittel GmbH
Hexal
Ipsen Pharma GmbH

KYOWA KIRIN GmbH

Lilly Deutschland GmbH

Merck Serono GmbH

Novo Nordisk Pharma GmbH

Pfizer Pharma GmbH

Roche Diabetes Care Deutschland GmbH

Standmiete 6 m² € 3.500
Standmiete 3 m² € 1.900
Standmiete 6 m² € 3.500
Standmiete 10 m² € 7.000
Silber Sponsor € 27.500
Standmiete 15 m², Seminar Endokrinologie, Anzeige, Freiregistrierungen

€ 27.500
Gold Sponsor € 35.000
Standmiete 20 m², Seminar Endokrinologie + Seminar Diabetesteam, Freiregistrierungen, Anzeige
Silber Sponsor € 27.500
Standmiete 15 m², Seminar Endokrinologie, Anzeige, Freiregistrierungen
Bronze Sponsor € 15.000
Standmiete 12 m², Ultraschallkurs, Anzeige, Freiregistrierungen
Silber Sponsor € 27.500
Standmiete 15 m², Seminar Endokrinologie, Anzeige, Freiregistrierungen
Platin Sponsor € 50.000
Standmiete 25 m², Seminar Endokrinologie + Seminar Diabetesteam, Freiregistrierungen, Anzeige
Silber Sponsor € 27.500
Standmiete 15 m², Seminar Endokrinologie, Anzeige, Freiregistrierungen
Standmiete 6 m² € 3.500

**Manchmal ist der
Unterschied einfach bunt.**

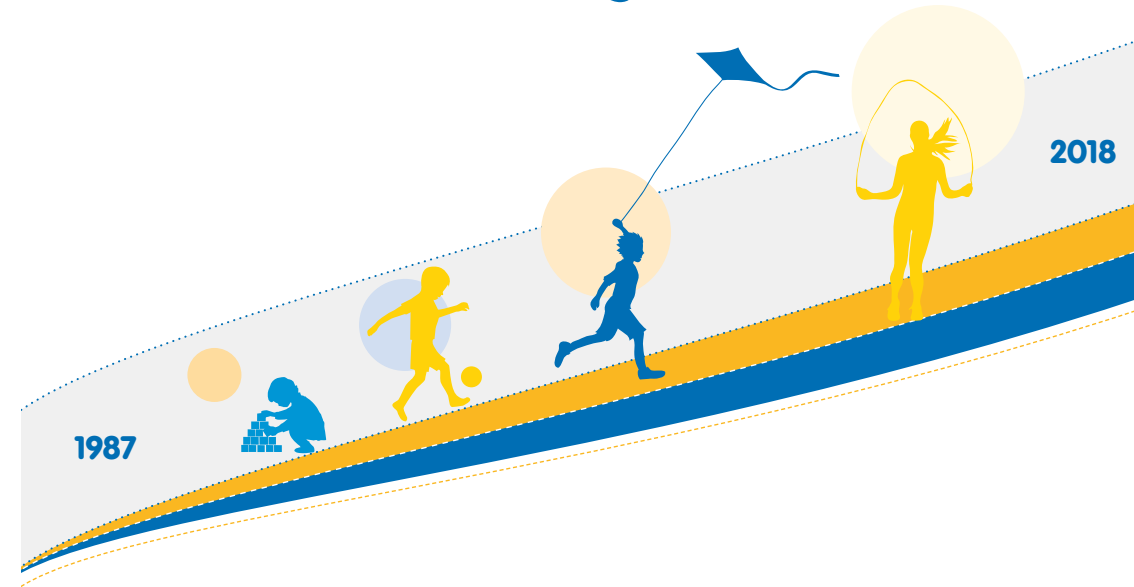


**Ihre Veranstaltung – Weil jedes
Detail zählt.**

event lab.

www.eventlab.org

Genotropin® über 30 Jahre Erfahrung und Vertrauen



Motivation. Selbstwirksamkeit. Unabhängigkeit.

GENOTROPIN® 5 mg/ml, 12 mg/ml; GENOTROPIN® MiniQuick® 0,2 mg, -0,4 mg, -0,6 mg, -0,8 mg, -1,0 mg, -1,2 mg, -1,4 mg, -1,6 mg, -1,8 mg, -2,0 mg; Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. Wirkstoff: Somatotropin. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 Zweikammerpatrone/1 GoQuick-Fertigpen enthält pro ml 5,0 mg/ 12 mg Somatotropin. 1 Einzelspritze enthält pro ml 0,2 mg/ 0,4 mg/ 0,6 mg/ 0,8 mg/ 1,0 mg/ 1,2 mg/ 1,4 mg/ 1,6 mg/ 1,8 mg/ 2,0 mg Somatotropin. Sonstige Bestandteile: GENOTROPIN® 5/12 mg/ml: Glycin (E 640), Mannitol (Ph. Eur.) (E 421), Natriumdihydrogenphosphat (E 339), Dinatriumdihydrogenphosphat (E 339); Wasser für Injektionszwecke, Metacresol (Konservierungsmittel), Mannitol (Ph. Eur.) (E 421). GENOTROPIN® MiniQuick: Glycin (E 640), Natriumdihydrogenphosphat (E 339), Dinatriumdihydrogenphosphat (E 339), Mannitol (Ph. Eur.) (E 421); Wasser für Injektionszwecke, Mannitol (Ph. Eur.) (E 421). **Anwendungsgebiete:** Kinder: Kleinwuchs durch fehlende oder unzureichende Ausschüttung von Wachstumshormon (Wachstumshormonmangel, WH-Mangel), Kleinwuchs infolge eines Ullrich-Turner-Syndroms oder chronischer Niereninsuffizienz. Kleinwuchs als Folge einer intrauterinen Wachstumsverzögerung (SGA = Small for Gestational Age, Geburtsgewichts- und/ oder Geburtslängen-SDS bezogen auf das Gestationsalter unterhalb von - 2,0) bei Kindern mit einem aktuellen Körperhöhen-SDS unterhalb von - 2,5 und mehr als 1,0 unterhalb des elterlichen Zielhöhen-SDS, die bis zum Alter von 4 Jahren oder später diesen Wachstumsrückstand nicht aufgeholt haben (Wachstumsgeschwindigkeits-SDS < 0 im letzten Jahr). Prader-Willi-Syndrom (PWS), zur Verbesserung des Wachstums und der Körperzusammensetzung. Die Diagnose des PWS sollte durch geeignete genetische Tests bestätigt sein. Erwachsene: Substitution von Wachstumshormon (WH) bei Erwachsenen mit ausgeprägtem Wachstumshormonmangel. Beginn im Erwachsenenalter: Pat. mit schwerem WH-Mangel in Verbindung mit anderen Hormonausfällen infolge einer bekannten Erkrankung des hypothalamischen oder hypophysären Systems und mindestens einem bekannten Hormonausfall der Hypophyse, außer Prolactin. Bei diesen Pat. sollte ein angemessener dynamischer Test durchgeführt werden, um einen WH-Mangel zu diagnostizieren oder auszuschließen. Beginn in der Kindheit: Pat. mit WH-Mangel in der Kindheit infolge von angeborenen, genetischen, erworbenen oder idiopathischen Ursachen. Bei Pat., bei denen ein WH-Mangel bereits während der Kindheit festgestellt wurde, sollte nach Abschluss des Längenwachstums die Fähigkeit zur Wachstumshormonausschüttung erneut untersucht werden. Bei einigen Pat. besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit des fortbestehenden WH-Mangels, z. B. aufgrund einer angeborenen Ursache oder eines WH-Mangels zusätzlich zu einer hypophysären/ hypothalamischen Erkrankung oder eines Schlaganfalls. Bei diesen Pat. sollte ein Insulin-like-Growth-Factor-I (IGF-I)-SDS < - 2 nach einer mindestens 4-wöchigen Pause der Wachstumshormon-Therapie als ausreichender Beleg eines ausgeprägten WH-Mangels angesehen werden. Alle übrigen Pat. sollten einer IGF-I-Testung und einem Wachstumshormon-Stimulationstest unterzogen werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit geg. den Wirkstoff oder einen der sonst. Bestandteile. Vorliegen von etwaigen Anzeichen für eine Tumorentstehung, bevor eine WH-Therapie begonnen werden kann, müssen intrakranielle Tumore inaktiv und eine Antitumorbehandlung abgeschlossen sein. Bei Anzeichen eines Tumorwachstums muss die Behandlung abgebrochen werden. Kinder mit geschlossenen Epiphysenfugen zur Verbesserung der Körperhöhe. Pat. mit Komplikationen infolge einer akuten kritischen Erkrankung nach großen operativen Eingriffen am offenen Herzen bzw. im Abdominalbereich, infolge von Polytrauma, akuter respiratorischer Insuffizienz oder ähnlichen Komplikationen. Schwangerschaft. Stillzeit: strenge Indikationsstellung. Nebenwirkungen: Antikörperbildung, Diabetes mellitus Typ 2, erniedrigtes freies Thyroxin, Parästhesie, benigne intrakranielle Hypertension; Arthralgie, Myalgie, Steifheit im Bewegungsapparat; periphere Ödeme, Reaktionen an der Einstichstelle; verminderter Serumcortisolspiegel. B. Erw.: Karpaltunnelsyndrom. Bei Kdrn.: Leukämie (bei Kind. mit Wachstumshormonmangel unter Somatotropin-Behandlung berichtet, jedoch ist die Häufigkeit des Auftretens vergleichbar mit der b. Kind. ohne Wachstumshormondefizienz); Epiphysenlösung des Oberschenkelkopfs und Morbus Perthes. Nach Markteinführung wurden seltene Fälle von plötzlichem Tod bei Patienten mit Prader-Willi-Syndrom unter Somatotropin-Behandlung berichtet, obwohl kein kausaler Zusammenhang nachgewiesen werden konnte. Bitte beachten Sie außerdem die Fachinformation. **Warnhinweise:** Enthält Natriumverbindungen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** Juni 2016.

Norditropin® –

30 JAHRE ENGAGEMENT IN DER WACHSTUMSHORMON-THERAPIE: JETZT UND IN DER ZUKUNFT



* Nach Anbruch kann Norditropin® maximal **21 Tage** nicht über 25°C bzw. alternativ maximal 28 Tage zwischen 2°C – 8°C gelagert werden.



Norditropin® FlexPro® 5 mg/1,5ml Injektionslösung in einem Fertigpen. Norditropin® FlexPro® 10 mg/1,5ml Injektionslösung in einem Fertigpen. Norditropin® FlexPro® 15 mg/1,5ml Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Somatropin. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Somatropin (Ursprung: rekombinante DNA, gentechnisch hergestellt aus *E. coli*). 1 ml Injektionslösung enthält 3,3 mg/6,7 mg/ 10 mg Somatropin. 1 mg Somatropin entspricht 3 I.E. **Sonstige Bestandteile:** Mannitol (Ph. Eur.), Histidin, Poloxamer (188), Phenol, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure 2%, Natriumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Bei Kindern Wachstumshormonmangel, Ullrich-Turner-Syndrom, eingeschränkte Nierenfunktion und Kleinwuchs bei vorgeburtlicher Wachstumsverzögerung (SGA). Bei Erwachsenen fortbestehender Wachstumshormonmangel, der bereits in der Kindheit behandelt wurde, und verringerte Wachstumshormonproduktion aufgrund einer Krankheit, eines Tumors oder dessen Behandlung, die die Wachstumshormon bildende Drüse (Hypophyse) betreffen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Schwangerschaft, Stillzeit, nach Nierentransplantation, bei Tumorerkrankung oder aktuell durchgeführter antitumoraler Therapie, bei akuter schwerwiegender Erkrankung, wenn das Längenwachstum abgeschlossen ist und kein Wachstumshormonmangel mehr besteht. **Vorsichtsmaßnahmen:** Die Wachstumshormonbehandlung sollte von Ärzten mit besonderen Kenntnissen darüber durchgeführt werden. Besondere Vorsicht ist erforderlich bei Patienten mit Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen, Anzeichen eines erhöhten Hirndrucks, Schilddrüsenstörung, Nierenerkrankung, Hinweisen auf Skoliose, bei Patienten über 60 Jahre oder die als Erwachsene über 5 Jahre mit Somatropin behandelt wurden, bei Patienten unter Glukokortikoid-Substitutionstherapie und bei Frauen unter oraler Östrogentherapie. Die Dosierungen von Immunsuppressiva, Insulin, Antiepileptika und sonstiger Hormontherapie müssen möglicherweise angepasst werden. **Nebenwirkungen:** Lokale Reaktionen an der Injektionsstelle, allergische oder anaphylaktische Reaktionen, Hautausschlag, Parästhesien, Pruritus, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, benigne intrakranielle Hypertension, periphere Ödeme, Karpaltunnelsyndrom, verstärktes Wachstum der Hände und Füße, Ohrinfektionen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Gelenk- und Muskelsteife, Abfall des Serumthyroxinspiegels, Anstieg der alkalischen Phosphatase, Hyperglykämie, Diabetes mellitus Typ II, Morbus Perthes. Fälle von Leukämie und Wiederauftreten von Hirntumoren wurden berichtet, allerdings gibt es keine Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang mit Somatropin. Antikörperbildung gegen Somatropin. **Verschreibungspflichtig. Novo Nordisk Pharma GmbH, Brucknerstraße 1, 55127 Mainz.** Stand: April 2018

Norditropin® und FlexPro® sind eingetragene Marken der Novo Nordisk Health Care AG, Zürich.