

JA-PED 2015 6.–8.11.2015 | ESSEN

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

Hauptprogramm



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 kleinwüchsigen Kindern 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. Unternehmen:** Lilly Deutschland GmbH, Teichweg 3, 35396 Gießen, Stand: April 2013

DEHMT00163

Inhaltsverzeichnis

• Grußwort Tagungsleitung	3
• Allgemeine Hinweise	4
• Veranstaltungsort	6
• Tagesübersichten:	
• Freitag, 06.11.2015	10
• Samstag, 07.11.2015	12
• Sonntag, 08.11.2015	14
• Detailprogramm Freitag, 06.11.2015	
• Ultraschallkurs endokrine Organe	16
• Seminar für Assistenzärzte/ -ärztinnen	17
• Seminar für Mitarbeiterinnen der Diabetestteams	18
• Seminar für Endokrinologie – Schwestern und Arzthelferinnen	19
• AG-Sitzungen	20
• Mitgliederversammlung Eröffnung	23
• Detailprogramm Samstag, 07.11.2015	24
• Detailprogramm Sonntag, 08.11.2015	30
• Posterausstellung Lageplan	34
• Preisverleihung	41
• Abendveranstaltungen	42
• Kongressbegleitende Ausstellung	44
• Unterstützer	46

7 TAGE KÜHL- FREIHEIT!*

Das Compliance-Konzept von Saizen®

- Einfache Injektion mit dem easypod®
- Saizen® Liquid ohne Kühlung – bis zu 7 Tage
- Persönliche Schulung auch zuhause
- Saizen@home Lieferservice

saizen®

Merck Serono | Die Therapie im Blick

* Nach der ersten Injektion muss die Saizen®-Patrone oder der easypod®-Autoinjektor, der die Saizen®-Patrone enthält, für maximal 28 Tage im Kühlschrank gelagert werden (2 °C – 8 °C), davon kann an bis zu 7 aufeinander folgenden Tagen die Lagerung außerhalb des Kühlschranks bei einer Temperatur von 25 °C oder darunter erfolgen.

Bezeichnung: Saizen® 5,83 mg/ml Injektionslösung, Saizen® 8 mg/ml Injektionslösung. Wirkstoff: Somatropin. Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Serono GmbH, Alsfelder Straße 17, 64289 Darmstadt. Zusammensetzung: 5,83 mg/ml: Jede Patrone enthält 1,03 ml Lösung (6 mg Somatropin). 8 mg/ml: Jede Patrone enth. 1,50 ml Lösung (12 mg Somatropin) oder 2,50 ml Lösung (20 mg Somatropin). Sonst. Bestandteile: Sucrose, Poloxamer 188, Phenol (Ph.Eur.), Citronensäure 2,5 % (z. pH-Einstellg.), Natriumhydroxid-Lösung (10 %) (z. pH-Einstellg.), Wasser f. Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Kleinwuchs bei Kindern aufgr. vermind. oder fehl. Sekretion von endog. Wachstumshormon; Kleinwuchs bei Mädchen mit durch Chromosomenanalyse bestät. Gonadendysgenese (Turner-Syndrom); Kleinwuchs bei präpubertären Kindern aufgr. chron. Niereninsuffizienz (CRF); Wachstumsstör. (akt. Größen SDS <-2,5 u. elterl. Zielgrößen SDS <-1) bei kleinwüchsigen Kindern, die bei Geburt eine zu geringe Körpergröße bezogen auf das Gestationsalter aufwiesen (SGA=Small for Gestational Age) mit Geburtsgewicht und/od. Geburtslänge <-2,0 SD u. die bis zum Alter von 4 Jahren od. spät. diesen Wachstumsrückstand nicht aufgeholt haben (Wachstumsgeschwindigkeits-SDS <0 im letzten Jahr). Substitutionstherapie bei Erwachsenen mit ausgeprägtem Wachstumshormonmangel, der durch Stimulationstest auf Wachstumshormonmangel diagnostiziert wurde. Gegenanzeigen: Überempfindlichk. geg. Wirkstoff od. sonst. Bestandteile. Kinder, deren Epiphysefugen bereits geschlossen sind. Nicht anwenden bei Vorliegen von etwaigen Anzeichen für Tumoraktivität. Bevor GH-Therapie begonnen werden kann, müssen intrakranielle Tumore inaktiv u. eine Antitumorbehandlung abgeschlossen sein. Bei Anzeichen v. Tumorstadium muss die Behandlung abgebrochen werden. Akute schwere Erkrankungen, mit Komplikationen infolge v. Operation am offenen

Herzen, abdom.-chirurg. Eingriff, multiplen Unfalltraumen, akutem Versagen d. Atemfkt. oder ähnlichen Ereignissen. Bei Kindern mit chron. Nierenerkrankung wird Behandlung m. Somatropin zum Zeitpunkt der Nierentransplantation abgebrochen. Nebenwirkungen: Hautrötung und Jucken an d. Injektionsstelle bei bis zu 10 % der Pat., v. a. bei subkutaner Anwendung. Während einer Substitutionsbehandlung bei Erwachsenen ist mit Flüssigkeitsretention zu rechnen. Ödeme, Gelenkschwellungen, Arthralgie, Myalgie und Parästhesien können klin. Manifestationen einer Flüssigkeitsretention sein. Einige Pat. können Antikörper gegen Somatropin entwickeln. In sehr seltenen Fällen, in denen Kleinwuchs durch Deletion innerh. d. Wachstumshormon-Genkomplexes bedingt ist, kann d. Behandlung mit Wachstumshormon zur Bildung von Antikörpern führen, die d. Wachstum beeinträchtigen. Es liegen Meldungen über das Auftreten einer Pankreatitis während Wachstumshormonther. vor. Häufig (≥1/100 – <1/10): Kopfschmerzen (vereinzelt), Flüssigkeitsretention mit peripheren Ödemen, Steifheit, Arthralgie, Myalgie und Parästhesie bei Erwachsenen. Reaktionen an d. Injektionsstelle; lokale Lipodystrophie, die durch Wechsel d. Injektionsstelle vermieden werden kann. Gelegentlich (≥1/1000 – <1/100): idiopathische intrakranielle Hypertonie (benigne intrakranielle Hypertonie) Karpaltunnel-Syndrom; Flüssigkeitsretention mit peripheren Ödemen, Steifheit, Arthralgie, Myalgie und Parästhesie bei Kindern. Sehr selten (<1/10000): Epiphyseverschiebung d. Oberschenkelknochens (Epiphyseolysis capitis femoris) oder avaskuläre Nekrose d. Femurkopfs. Hypothyreose. Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage d. verfügbaren Daten nicht abschätzbar): Insulinresistenz kann zu Hyperinsulinismus und in seltenen Fällen zu Hyperglykämie führen. Verschreibungspflichtig. Stand: August 2013.

06/2015

Grußwort Tagungsleitung

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

im Namen der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V. sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und –diabetologie (DGKED) e.V. freuen wir uns, Sie zu unserer 10. Gemeinsamen Jahrestagung (JA-PED) 2015 im Ruhrgebiet in Essen zu begrüßen. Hier haben Sie die Möglichkeit, sich auf den Gebieten der Kinderendokrinologie und Kinderdiabetologie fortzubilden sowie wissenschaftlich und interdisziplinär Erfahrungen auszutauschen.

Das Ruhrgebiet befindet sich in einem anhaltenden Strukturwandel. Architektonische Reste der alten Industrie bilden noch beeindruckende Kulissen, während die neuen Strukturen geprägt sind durch Einrichtungen der Forschung und Wissensvermittlung, der Gesundheitswirtschaft und von jungen Start-Ups, oft Ausgründungen der regionalen Hochschulen. Kunst und Kultur (Kunstereignisraum Gasometer Oberhausen, Folkwang-Museum und Aalto-Theater Essen) spielen eine große Rolle in der Metropole Ruhr.

Zu den Schwerpunkten unserer Tagung gehören neue Forschungsergebnisse der Neurobiologie in der Adoleszenz. Das Feld Diabetes und Niere wird intensiv behandelt. Auch die neuen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei Adipositas, Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie Sicherheitsaspekte der Insulinpumpentherapie und der aktuellen Glukose-Sensortechnik werden kommuniziert.

Die Umweltbelastung durch hormonell aktive Chemikalien ist derzeit Thema einer breiten gesellschaftlichen Debatte. Auf unserer Tagung wollen wir die Gelegenheit nutzen, den aktuellen wissenschaftlichen Stand des Einflusses von "Endocrine Disruptors" auf das Hormonsystem von Kindern und Jugendlichen darzustellen. Störungen der männlichen Gonaden und die Folgen für die Fertilität im Erwachsenenalter sind genauso Thema wie Probleme an der Schnittstelle von Kinderendokrinologie und Kindergynäkologie. Neue Erkenntnisse zu Diagnose und Therapien bei Erkrankungen des Knochenstoffwechsels runden die Tagung ab.

Besonders hingewiesen sei auf die gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) gestaltete Sitzung, die sich Themen an der Schnittstelle von internistischer und pädiatrischer Endokrinologie widmen wird.

Ausbildung und Förderung „unseres Nachwuchses“ bleibt weiterhin wichtige Aufgabe und Schwerpunkt der JA-PED-Tagung u.a. mit Assistenten/innen- und Sonographie-Seminaren. Damit neben dem wissenschaftlichen auch der persönliche Austausch nicht zu kurz kommt, gibt es den Gesellschaftsabend im Red Dot Design Museum auf dem Gelände der Zeche Zollverein.

Das Programmkomitee aus Essen und Oberhausen heißt Sie auf der JA-PED 2015 in Essen herzlich willkommen!

Dr. Eva Hahn
Oberhausen

PD Dr. Corinna Grasemann
Essen

PD Dr. Peter Beyer
Oberhausen

Prof. Dr. Berthold Hauffa
Essen

Allgemeine Hinweise

Veranstalter

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

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und zugleich der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)

Tagungsleitung

Dr. Eva Hahn | PD Dr. Peter Beyer

Evangelisches Krankenhaus Oberhausen

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen

Klinik für Kinder und Jugendliche

PD Dr. Corinna Grasemann | Prof. Dr. Berthold Hauffa

Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

Klinik für Kinderheilkunde II

Universitätsklinikum Essen

Tagungsort

Haus der Technik

Hollestraße 1 | 45127 Essen

Tagungsorganisation

event lab. GmbH

Dufourstr. 15 | 04107 Leipzig

Telefon vor Ort: 0163 4419072

E-Mail: Essen2015@ja-ped.de

Kongresszeiten

Der Registrierungscounter befindet sich, wie auch die Garderobe, im Haus der Technik auf der Ebene 5 und ist wie folgt geöffnet:

Freitag, 06.11.2015 07:30 – 20:00 Uhr

Samstag, 07.11.2015 07:30 – 18:30 Uhr

Sonntag, 08.11.2015 08:00 – 13:00 Uhr

Medien Check

Der Medien Check befindet sich im Referentenraum, direkt neben Saal A (Ebene 6).

Die Öffnungszeiten des Medien Checks entsprechen den Kongresszeiten.

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

Kongressbegleitende Ausstellung | Catering

Die kongressbegleitende Ausstellung befindet sich im Foyer der Säle A und B (Ebene 6). Hier findet auch das Catering statt.

Öffnungszeiten:

Freitag, 06.11.2015 15:00 – 22:00 Uhr

Samstag, 07.11.2015 08:00 – 18:30 Uhr

Sonntag, 08.11.2015 08:30 – 12:30 Uhr

Posterausstellung

Die Posterausstellung befindet sich auf der Ebene 6 in folgenden Räumen:

Postersitzung 1: Raum 621,

Postersitzung 2: Raum 616,

Postersitzung 3: Raum 620 und

Postersitzung 4: Raum 618.

Sie kann von Freitag, 06.11.2015 bis Sonntag, 08.11.2015 während der Kongresszeiten besucht werden.

Die Postersitzungen finden am Samstag, 07.11.2015 von 13:00 Uhr bis 14:00 Uhr statt.

Material zum Anbringen der Poster erhalten Sie am Registrierungscounter.

Bitte beachten Sie, dass die Poster bis Sonntag, 08.11.2015 um 13:00 Uhr abgenommen sein müssen. Nicht abgenommene Poster werden entsorgt.

W-LAN

Während der JA-PED steht Ihnen in den Foyers der Ebenen 5 und 6 ein kostenfreies W-LAN zur Verfügung.

Fortbildungspunkte

Die Zertifizierung der JA-PED wurde bei der Landesärztekammer Nordrhein beantragt.*

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

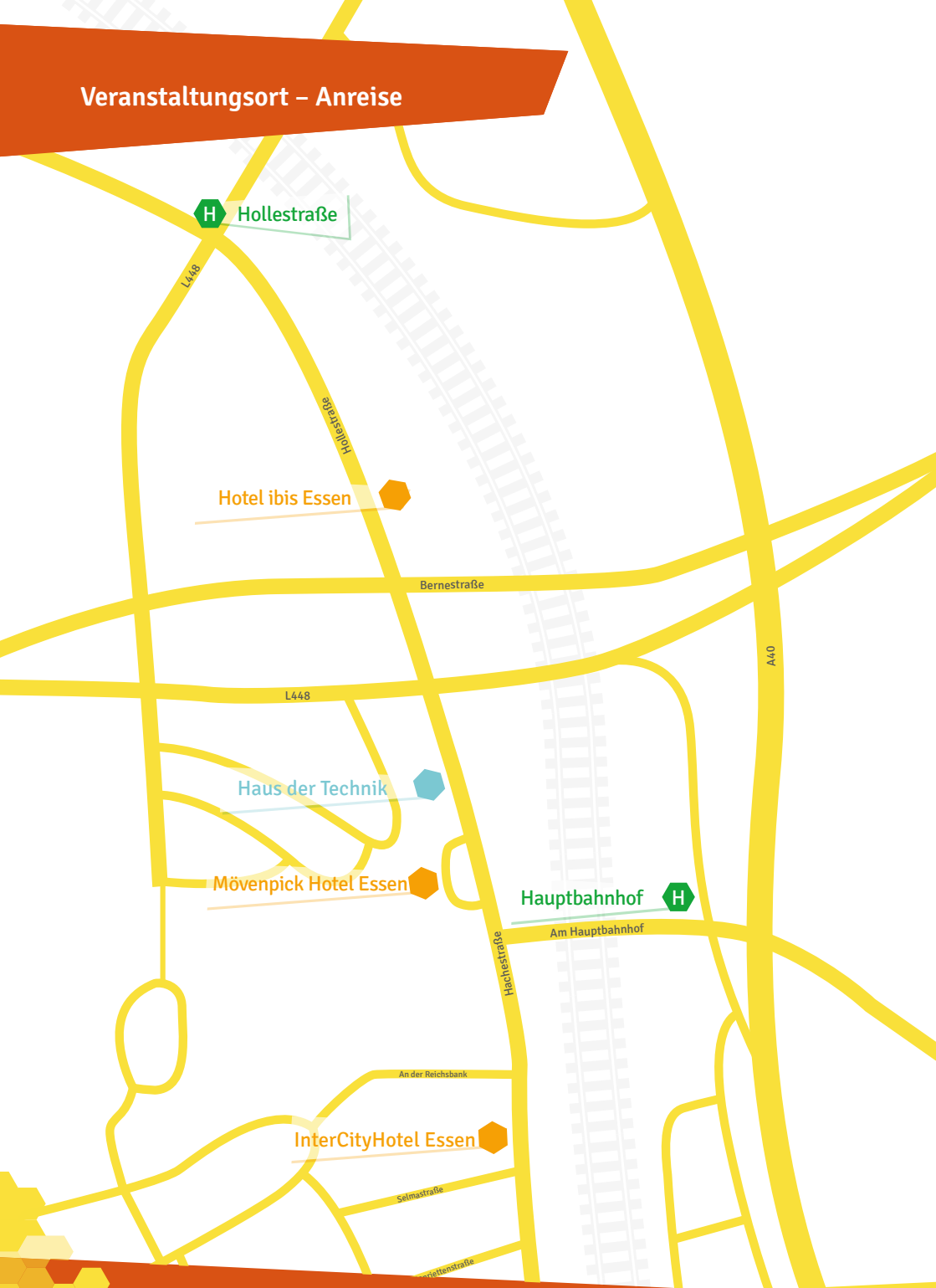
06.11.2015 6,5 Punkte

07.11.2015 8 Punkte

08.11.2015 6,5 Punkte

*Bei Drucklegung waren die Punkte noch nicht bekannt. Bitte informieren Sie sich am Registrierungscounter.

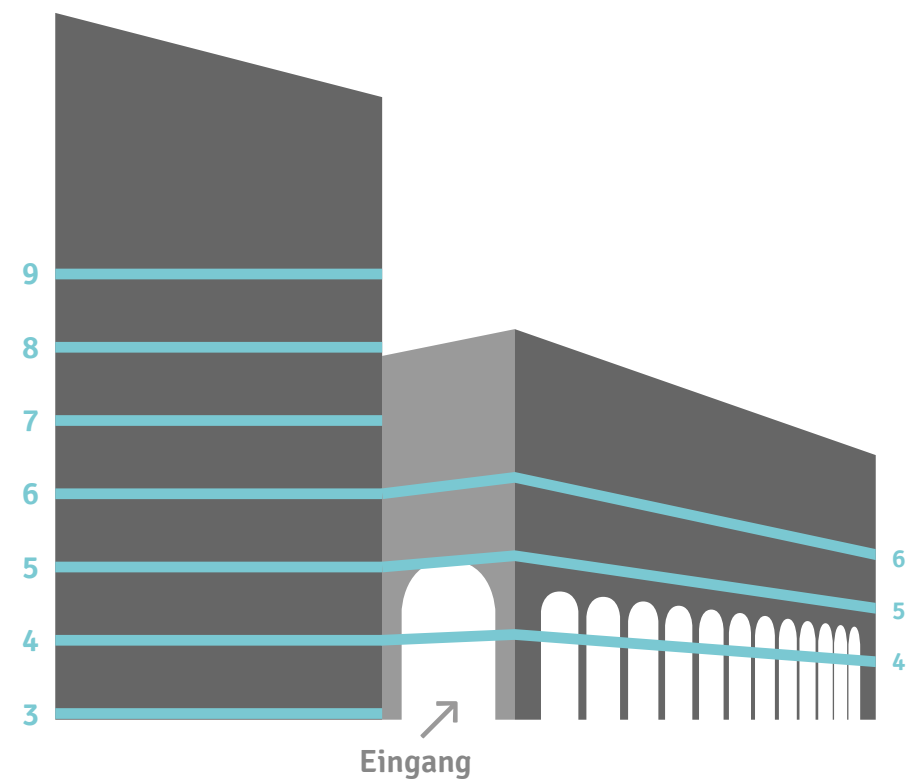
Veranstaltungsort – Anreise



Veranstaltungsort – Haus der Technik

Haus der Technik

Ebene	Raum
9	901
8	811
7	701
6	609 616 618 620 621 Saal A Saal B Medien Check Ausstellung
5	505 506 Registrierungscounter Garderobe Ausstellung
4	419 420
3	Eingang



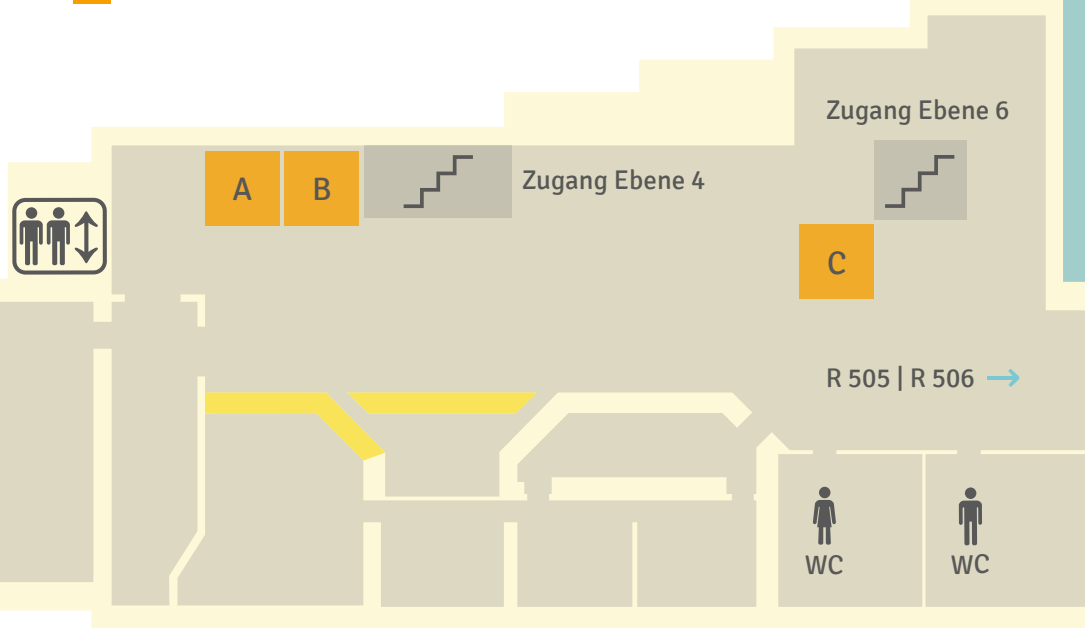
Veranstaltungsort – Ebene 5

Verein	Stand
Turner-Syndrom-Vereinigung Deutschland e. V.	A
Die Schmetterlinge e. V. (Schilddrüsenbundesverband)	B
Deutsche Klinefelter-Syndrom-Vereinigung e. V.	C

Registrierung | Garderobe

Räume

Stände



DAS PFIZER COMMITMENT.

Weil uns Ihre Gesundheit alles bedeutet!



Wir erforschen, entwickeln und erproben neue
Medikamente nach höchsten Standards für eine bessere Zukunft.

www.pfizermed.de

Tagesübersicht Freitag, 06.11.2015

	08:00	09:00	12:00	13:30	15:00	15:30	17:00	19:00
Universitätsklinikum Essen		● Ultraschallkurs						
Raum 701		● Seminar für MitarbeiterInnen der		Diabetesteam				
Raum 811		● Seminar für Endokrinologie		Schwester und ArzthelferInnen				
Raum 901		● Seminar für Assistenzärzte/-ärztinnen			☕ Kaffeepause in der Industrieausstellung	AG Kinder- und Jugendpsychiatrische Aspekte der Kinderdiabetologie		
Raum 419				● AG Ambulante Folgeerkrankungen, assoziierte Erkrankungen bei Diabetes				
Raum 420				● AG Kalzium-Phosphat-Knochenstoffwechsel		AG DSD/Störungen der Geschlechtsentwicklung		
Raum 505				● AG Pubertät und Gonaden		AG Insulin-Pumpentherapie im Kindes- und Jugendalter		
Raum 506				● AG Nebenniere		AG Adipositas		
Raum 609				● AG Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis		AG Diagnostische Aspekte in der Diabetologie		
Saal A								● Eröffnung der JA-PED
Saal B				● AG Diabetesschulung – Glukose-monitoring		AG Wachstum und Hypophyse	17:15–18:45 Uhr Mitglieder-versammlung der DGKED	mit anschließendem Begrüßungsabend in der Industrieausstellung

Tagesübersicht Samstag, 07.11.2015

	08:00	09:20	09:50	11:05
Haus der Technik	Saal A2 ● Plenarvorträge: Endokrinologie und Diabetologie	☕ Kaffee-pause	Themen-block 1: Hypothalamus/Hypophyse	☕ kurze Pause
	Saal A1		● Themen-block 2: Niere und Diabetes	
	Saal B		● Themen-block 3: Gonaden	

11:15	12:45	13:00	14:15	15:00	16:30	17:00
Themen-block 4: Kommunikation bei Diabetes	☕ Mittags-pause in der Industrie-ausstellung	Poster-sitzungen	- Wissen-schaftliche Vorträge der Preisträger - Preisver-leihungen	Themen-block 7: Finanzierung der Strukturen in Endokrinologie & Diabetologie	☕ Kaffee-pause in der Industrie-ausstellung	DGE-DGKED-Symposium: Endokrine Tumorsyndrome
Themen-block 5: Kinder-gynäkologie				Freie Vorträge: Diabetologie		Freie Vorträge: Endokrinologie
Themen-block 6: Nebenniere und Steroide						Methoden-kolloquium

Red Dot Design Museum

⌵ ab 19:30

● Gesellschaftsabend

19:00 Uhr Transfer ab Haltestelle Hollestraße

	08:30	09:30
Saal A2	● Berichte der Arbeitsgruppen	Meet-the-Expert: Seltene Diabetesformen: Diagnose- und Therapieoptionen
Saal A1		● Meet-the-Expert: Kontrazeption bei Mädchen
Saal B		● Meet-the-Expert: Gesprächsforum Kindeswohlgefährdung in der pädiatrischen Diabetologie
Raum 609		● Meet-the-Expert: Rationale Diagnostik des Kalzium-Knochenstoffwechsels
Raum 701		● Meet-the-Expert: Warum, wann und wie behandle ich die Dyslipidämie bei diabetischen Kindern und Jugendlichen?
Raum 811		● Meet-the-Expert: Sport und Diabetes – Marathonaufgabe in der Diabetes-Behandlung

Haus der Technik

10:30	11:00	12:30
☕ Kaffeepause in der Industrieausstellung	Themenblock 8: Diabetestherapie I	- Berichte der Stipendiaten - JA-PED 2016 - Verabschiedung
	Themenblock 9: Endokrinologie des Knochens	
	Themenblock 10: Diabetestherapie II	

→ Ultraschallkurs endokrine Organe

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

Universitätsklinikum Essen

Medizinisches Forschungszentrum (MFZ) | Hufelandstraße 55 | 45147 Essen

🕒 09:00–15:00 Uhr

09:00	Einleitung und Begrüßung T. Rohrer, Homburg
09:15	Hodensonographie J. Jüngert, Erlangen
10:00	Brustsonographie J. Jüngert, Erlangen
10:30	Kaffeepause
10:45	Sonographie von Uterus und Ovarien G. Engelcke, Hannover
11:30	Sonographie der Schilddrüse M. Stenzel, Freiburg
12:15	Sonographie der Nebennieren G. Hammersen, Nürnberg
12:45	Pause und Aufteilung in Arbeitsgruppen
13:00	Sonographie von Patienten mit Pathologien der entsprechenden Organe und Organsysteme G. Engelcke, Hannover; G. Hammersen, Nürnberg; J. Jüngert, Erlangen; T. Rohrer, Homburg; M. Stenzel, Freiburg
15:00	Ende



Mit freundlicher Unterstützung von

FERRING

Lilly

SIEMENS

→ Seminar für Assistenzärzte/-ärztinnen

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

Haus der Technik

Hollestraße 1 | 45127 Essen

🕒 08:00–15:00 Uhr

📍 Raum 901

08:00 – 08:10	Begrüßung und Einleitung S. Wudy, Gießen; A. Körner, Leipzig
08:10 – 09:10	Übersichtsvortrag "Evidenz-basiertes Vorgehen bei SD-Knoten: Was tun wenn es keine Evidenz gibt?" H. Krude, Berlin
09:10 – 09:30	Kaffeepause
09:30 – 10:45	Vorstellung von 6 Kasuistiken à 12 Minuten T. Breil, Heidelberg; I. Gottwald, Hannover; D. Plogmeier, Paderborn; B. Schipper, Hamburg; E. Schulz, Hamburg; S. Wenzel, Hamburg
10:45 – 11:45	Übersichtsvortrag "Tipps und Tricks zur Erkennung von Syndromen in der pädiatrischen Endokrinologie" R. König, Frankfurt am Main
11:45 – 12:30	Mittagspause im Casino
12:30 – 13:30	Vorstellung von 6 Kasuistiken à 10 Minuten E. Müller-Roßberg, Esslingen; K. Gaßmann, Erlangen; S. Gonzalves, Speyer; K. Ziegenhorn, Magdeburg; A.-M. Jung, Homburg; S. Linke, Hamburg
13:30 – 13:45	Kurze Pause
13:45 – 14:45	Vorstellung von 6 Kasuistiken à 10 Minuten B. Momm, Kiel; H. Nobel, Gießen; P. Saupp, Düsseldorf; M. Schmidt, Greifswald; A. Schmidt, Gießen; A. Stasinaki, St. Gallen, CH
14:45 – 15:00	Schlussbemerkungen und Seminarende S. Wudy, Gießen; A. Körner, Leipzig

→ Seminar für Mitarbeiterinnen der Diabetesteam

Leitung: S. Bläsig, Hannover; B. Maier, Bad Mergentheim

Haus der Technik

Hollestraße 1 | 45127 Essen

🕒 09:00–17:00 Uhr

📍 Raum 701

09:00 – 09:15 Begrüßung und kurze Einleitung
S. Bläsig, Hannover; B. Maier, Bad Mergentheim

09:15 – 10:30 Diabetes und Technik
S. v. Sengbusch, Lübeck

10:30 – 11.15 Kaffeepause

11:15 – 12:30 Diabetesnotfälle
T. Kapellen, Leipzig

12:30 – 14:00 Mittagspause im Casino

14:00 – 15:15 Fälle, die frustrieren
B. Maier, Bad Mergentheim

15:15 – 15:45 Kaffeepause in der Industrieausstellung

15:45 – 16:55 Fälle und Interventionen
Alle

16:55 – 17:00 Verabschiedung
S. Bläsig, Hannover; B. Maier, Bad Mergentheim

Mit freundlicher Unterstützung von



→ Seminar für Endokrinologie-Schwestern und Arzthelferinnen

Leitung: A. Richter-Unruh, Münster; K. Mohnike, Magdeburg

Haus der Technik

Hollestraße 1 | 45127 Essen

🕒 09:00–17:00 Uhr

📍 Raum 811

09:00 – 10:00 Transition vom Kindes- ins Erwachsenenalter.
Was macht den Prozess so schwierig?
A. Richter-Unruh, Münster

10:00 – 10:30 Kaffeepause

10:30 – 11:30 Zentren für seltene Erkrankungen: Möglichkeiten und Grenzen
K. Mohnike, Magdeburg

11:30 – 12:30 Schilddrüsenerkrankungen an Fallbeispielen
A. Schuster, Dortmund

12:30 – 14:00 Mittagspause im Casino

14:00 – 15:00 Prädiktion des Therapieerfolges bei Wachstumshormon-Behandlung
H. Wollmann, Berlin

15:00 – 15:30 Kaffeepause in der Industrieausstellung

15:30 – 17:00 Umgang mit schwierigen Patienten
M. Beckmann, München

17:00 – 17:15 Zusammenfassung
K. Mohnike, Magdeburg

Mit freundlicher Unterstützung von



→ AG-Sitzungen

Haus der Technik
Hollestraße 1 | 45127 Essen

🕒 13:30–15:00 Uhr

📍 Raum 419

AG Ambulante Folgeerkrankungen, assoziierte Erkrankungen bei Diabetes

Moderation: K. O. Schwab, Freiburg

Untersuchungen der Gefäßdurchmesser am Augenhintergrund von Kindern mit Typ-1-Diabetes
M. Wurm, Freiburg

Ergebnisse der Wachstumshormon-Longitudinal-Studie: Einfluss von rhGH auf kardiovaskuläre Risikomarker

A. Krebs, Freiburg

Therapieempfehlungen für lipidsenkende Medikation bei Typ-1-Diabetes

K. O. Schwab, Freiburg

Diskussion aktueller Projekte

🕒 13:30–15:00 Uhr

📍 Raum 420

AG Kalzium-Phosphat-Knochenstoffwechsel

Moderation: D. Schnabel, Berlin

Diskussion der überarbeiteten AWMF-Leitlinien zum Knochenstoffwechsel
(Vitamin D-Mangel, Vitamin D-abhängige Rachitiden, Hypophosphatämische Rachitiden, Hypopara-/Hyperparathyreoidismus)

🕒 13:30–15:00 Uhr

📍 Raum 505

AG Pubertät und Gonaden

Moderation: J. Rohayem, Münster

„Blickpunkt Fertilität bei ausgesuchten endokrinologischen Krankheitsbildern“

13:30 – 13:40 Non-compliance bei männlichem AGS-wie bedroht ist die Fertilität - wie behandeln?

J. Rohayem, Münster

13:45 – 14:00 Was tun mit den Hoden bei Testotoxikose?

A. Richter-Unruh, Münster

14:05 – 14:20 Chance auf Fertilität bei Jungen mit AMH-Gen-Mutation?

K. Salzgeber, Ulm

14:25 – 14:40 Was tun mit den Testes bei 5-alpha-Reduktase-Mangel und Wunsch nach Gonadektomie?

B. Köhler, Berlin

14:45 – 15:00 Hodenfunktion unter Hormonsubstitution bei male to female-Transsexualität

F. Schneider, Datteln

🕒 13:30–15:00 Uhr

📍 Raum 506

AG Nebenniere

Moderation: W. Bonfig, München

Allelfrequenzen von CYP21A2 Mutationen und Genotyp - Phänotyp Korrelation bei 515 Patienten aus der AQUAPE AGS Datenbank

S. Riedl, Wien, AT

I-CAH / I-DSD Register und Netzwerk - Intention & Zukunftsperspektive

K. Mohnike, Magdeburg

Organisatorisches: Arbeitsgruppenleitung & Leitlinienüberarbeitung

W. Bonfig, München

🕒 13:30–15:00 Uhr

📍 Raum 609

AG Pädiatrische Endokrinologie in der Praxis

Moderation: K. Hartmann, Frankfurt am Main

1. Aktuelle Situation zur Verhandlung mit der KBV betr. der EBM-Honorierung

2. Qualitätsmanagement der Wachstumshormonbehandlung und anderer endokrinologischer Therapien

3. Kooperationsmöglichkeiten mit Krankenkassen und Apotheken zur Optimierung der Arzneimittelversorgung

4. Versorgungsforschung Pädiatrische Endokrinologie

🕒 13:30–15:00 Uhr

📍 Saal B

AG Diabetesschulung und AG Glukosemonitoring

Moderation: M. Holder, Stuttgart; D. Deiss, Berlin

„Neue Aspekte im Umgang mit CGM und SuT/SuP“

SPECTRUM: das neue CGM-Schulungs- und Behandlungsprogramm: es geht los! Vom Programm zur Praxis
M. Holder, Stuttgart

Neue CGM-Systeme mit "Followern" am Horizont: Dexcom G5

D. Deiss, Berlin

Telemedizin bei CGM und SuP: neu, anders, aufwändiger, einfacher?

S. von Sengbusch, Lübeck

🕒 15:00–15:30 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung

🕒 15:30–17:00 Uhr

📍 Raum 420

AG DSD/Störungen der Geschlechtsentwicklung

Moderation: A. Richter-Unruh, Münster

Aktueller Stand der neuen Leitlinien

S. Krege, Essen; A. Richter-Unruh, Münster

Aktueller Stand DSDlife-Studie

B. Köhler, Berlin

Verschiedenes, u.a. Gründung von Kompetenzzentren

🕒 15:30–17:00 Uhr 📍 Raum 505

AG Insulin-Pumpentherapie im Kindes- und Jugendalter
Moderation: E. Lilienthal, Bochum

1. Erfahrung mit den neuen Pumpenmodellen
2. Beratung in der Diabetesambulanz - was hat sich verändert oder müssen wir etwas verändern?
Flash Glucose und Co.

🕒 15:30–17:00 Uhr 📍 Raum 506

AG Adipositas
Moderation: C. Denzer, Ulm; S. Ehehalt, Stuttgart

Insulinresistenz im Kindesalter – Physiologie oder Pathologie?
C. Denzer, Ulm

Diagnostische Wertigkeit von HbA1c und OGTT
S. Ehehalt, Stuttgart

anschließend Diskussion

🕒 15:30–17:00 Uhr 📍 Raum 609

AG Diagnostische Aspekte in der Diabetologie
Moderation: P. Beyer, Oberhausen; R. Holl, Ulm

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

Diabetes beim Klinefelter-Syndrom
E. Hahn, Oberhausen

Diagnostik der Zöliakie bei Typ-1-DM
J. Wolf, Paderborn

Nekrobiosis Lipoidica bei Typ-1-DM: was muss der Kinderdiabetologe wissen?
E. Hammer, Hamburg

Diabetes bei Friedrich-Ataxie
A. Pappas, Aachen

Zigarettenrauchen und Typ-1-Diabetes
S. Hofer, Innsbruck, AT

🕒 15:30–17:00 Uhr 📍 Raum 901

AG Kinder- und Jugendpsychiatrische Aspekte der Kinderdiabetologie, PPAG e. V.
Moderation: D. Hilgard, Herdecke

1. Begrüßung und Bericht von der Arbeit der PPAG e.V. und Stand der Projekte
D. Hilgard, Herdecke
2. Was bedeuten Begabungsbesonderheiten für die Diabetesbehandlung und wie erkennt man sie? Mit Vorstellung einzelner psychologischer Testungen.
M. Meusers, Herdecke
3. Fallvignetten aus dem Publikum

🕒 15:30–17:00 Uhr 📍 Saal B

AG Wachstum und Hypophyse
Moderation: G. Binder, Tübingen; R. Pfäffle, Leipzig

1. Update SaGHe
R. Pfäffle, Leipzig
2. Leichenhypophysen-GH und Alzheimer
G. Binder, Tübingen
3. BMI-Abhängigkeit der GH-Antwort im Stimulationstest, neue Ergebnisse
R. Pfäffle, Leipzig
4. Erste internationale Leitlinie zum Silver-Russell-Syndrom
G. Binder, Tübingen
5. Offene Frage-, Vorschlags- und Diskussionsrunde

➔ Mitgliederversammlung | Eröffnung

🕒 17:15–18:45 Uhr 📍 Saal B

Mitgliederversammlung der DGKED

🕒 19:00–20:15 Uhr 📍 Saal A

Eröffnung der JA-PED 2015

GRATA! Grenzenlos – Tanz AG des Grashof Gymnasiums Essen

Grußwort Präsident DGKED und Tagungsleiter Endokrinologie
B. Hauffa, Essen

Grußwort Sprecher AGPD
R. Ziegler, Münster

Grußwort Tagungsleiter Diabetologie
P. Beyer, Oberhausen

Geschichten aus dem Ruhrgebiet
M. Reuter, Oberhausen

🕒 20:15–22:00 Uhr 📍 Foyer

Begrüßungsabend in der Industrieausstellung

Mehr Informationen auf Seite 42

08:00–09:20 Uhr

Saal A

Plenarvorträge Endokrinologie und Diabetologie

Vorsitz: R. Holl, Ulm; J. Wölfle, Bonn

Endocrine Disruptors

N. Skakkebaek, Kopenhagen, DK

Microalbuminuria, an early marker of cardiovascular and nephropathy risk – Results of a 20 year study

D. Dunger, Cambridge, UK

09:20–09:50 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung

09:50–11:05 Uhr

Saal A2

Themenblock 1: Hypothalamus/Hypophyse

Vorsitz: R. Pfäffle, Leipzig; M. Wabitsch, Ulm

Der Einfluß endokriner Disruptoren auf den Pubertätsbeginn

S. Heger, Hannover

Langwirksames Wachstumshormon

G. Binder, Tübingen

Aktuelle Aspekte zur Diagnostik und Therapie bei Störungen des Wasserhaushaltes von Kindern und Jugendlichen

M. Bettendorf, Heidelberg

09:50–11:05 Uhr

Saal A1

Themenblock 2: Niere und Diabetes

Vorsitz: K. Raile, Berlin; P. Beyer, Oberhausen

Physiologie der Nierenfunktion im Kindesalter

J. Doetsch, Köln

Prävention der Nephropathie

M. Manna, Berlin

SGLT-2-Hemmer- Ein neuer Ansatz auch bei Typ 1 Diabetes?

T. Biester, Hannover

09:50–11:05 Uhr

Saal B

Themenblock 3: Gonaden

Vorsitz: O. Hiort, Lübeck; E. Korsch, Köln

TART

H. Claahsen-van der Grinten, Nijmegen, NL

Inhibin und AMH in der Diagnostik von Störungen der Pubertät und sexuellen Differenzierung

C.-J. Partsch, Hamburg

Hodenhochstand und Fertilität

S. Kliesch, Münster

11:05–11:15 Uhr kurze Pause

11:15–12:45 Uhr

Saal A2

Themenblock 4: Kommunikation bei Diabetes

Vorsitz: M. Meusers, Herdecke; A. Galler, Berlin

Neurobiologische Gesichtspunkte der Adoleszenz

K. Konrad, Aachen

Handschriftliches Diabetes-Lern-Tagebuch versus moderne mediale Dokumentation. Pro und Contra - Was ist die erfolgreichste Diabetesdokumentation für Kinder und Jugendliche ?

D. Hilgard, Herdecke; S. von Sengbusch, Lübeck

Stiftung „Das zuckerkranken Kind“

K. Raile, Berlin

11:15–12:45 Uhr

Saal A1

Themenblock 5: Kindergynäkologie

Vorsitz: S. Lehmann-Kannt, Homburg; H.-G. Dörr, Erlangen

Genetische Aspekte der prämaternen Ovarialinsuffizienz

P. Wieacker, Münster

Vorgehen bei Ovarzysten

K. Heusinger, Erlangen

GnRH-Analoga zur Fertilitätsprotektion bei Krebserkrankung im Kinder- und Jugendalter?

F. Nawroth, Hamburg

🕒 11:15–12:45 Uhr 📍 Saal B

Themenblock 6: Nebenniere und Steroide

Vorsitz: P.-M. Holterhus, Kiel; W. Bonfig, München

Rationaler Einsatz steroidanalytischer Verfahren bei Kindern

S. Wudy, Gießen

Sequenzielle Diagnostik des Hypercortisolismus: Aktueller Stand

C. Kamrath, Gießen

Postadrenarche Erhöhung der adrenalen Androgene - Rolle für Adipositas, Hyperinsulinismus und PCOS

T. Remer, Dortmund

Bedeutung der Steroidanalytik bei der Diagnostik des DSD

A. Kulle, Kiel

🕒 12:45–14:15 Uhr Mittagspause in der Industrieausstellung

🕒 13:00–14:00 Uhr

Postersitzung

Mehr Informationen ab Seite 34

🕒 14:15–15:00 Uhr

📍 Saal A2

Wissenschaftliche Vorträge der Preisträger | Preisverleihungen

Mehr Informationen auf Seite 41

🕒 15:00–16:30 Uhr

📍 Saal A2

Themenblock 7: Finanzierung der Strukturen in Endokrinologie und Diabetologie

Vorsitz: P.-M. Holterhus, Kiel; N. Albers, Osnabrück

Ambulante Einrichtungen an Kliniken

D. Schnabel, Berlin

Stationäre Tätigkeit im Bereich Kinderendokrinologie und -diabetologie an Kliniken

N. Albers, Osnabrück

Die kinderendokrinologische Schwerpunktpraxis

C. Brack, Celle

Die kinderdiabetologische Schwerpunktpraxis

R. Ziegler, Münster

🕒 15:00–16:30 Uhr

📍 Saal A1

Freie Vorträge - Diabetologie

Vorsitz: T. Rohrer, Homburg; T. Kapellen, Leipzig

Kurzpräsentation der Poster: PD-19, PD-14, PD-21, PD-03 und PD-17

Phänotyp und Genetik einer Adipositas-assoziierten Insulinsekretionsstörung

H. Enders-Seidlitz, Berlin

Zusammenhang zwischen nächtlicher Melatoninsekretion und Insulinresistenz bei adipösen Kindern und Jugendlichen

S. Wiegand, Berlin

Die Rolle von Interleukin (IL)-7 und der IL-7- und IL2-Rezeptorisoformen in der T-Zell-vermittelten Autoimmunantwort bei Kindern mit Typ 1 Diabetes

K. Förtsch, Düsseldorf

Welche Auswirkungen hat eine Fremdunterbringung auf die Stoffwechselsituation bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1? Retrospektive Untersuchung eines Kollektivs der Kinderdiabetologie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, Zeitraum von 2004-2015

A. Thimm, Hagen

Niedriger BE-Faktor bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes und komorbider Zöliakie – eine Analyse von 47874 Typ-1-Diabetespatienten des multizentrischen DPV-Registers

J. Wolf, Paderborn

Safety and efficacy of treatment with long-acting lanreotide autogel® in early infancy in patients with congenital hyperinsulinism

H. Corda, Düsseldorf

🕒 16:30–17:00 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung

🕒 17:00–18:30 Uhr

📍 Saal A2

DGE-DGKED-Symposium: Endokrine Tumorsyndrome

Vorsitz: D. Führer-Sakel, Essen; H. Krude, Berlin

MEN I

N. Unger, Essen

MEN II

P. Goretzki, Leverkusen

Das PTEN Hamartom Tumor Syndrom (PHTS) im Kindesalter

J. Wölfle, Bonn



Kinder

wollen

wachsen

Omnitrope® mit SurePal™ DER INNOVATIVE PEN, DER MITWÄCHST

- Eine **Innovation** von Sandoz
- Für jeden die passende Wirkstärke: **5, 10, 15 mg**
- **Einfache** und **sichere** Handhabung



Omnitrope®
Somatropin

POWERED BY

SurePal™

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.). Sonst. Bestandtl.: 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. multiplen Hormonmangel inf. einer bekannten Erkrank. d. hypothalamischen-hypophysären Syst. m. mind. einem weiteren Hormonmangel d. Hypophyse, außer Prolaktin (Bestimm. durch dynam. Test). Manifest. in der Kindh.: B. Pat. m. Erstmanifest. eines WHM erneute Untersuch. der Kapo. zur Sekretion v. WH. B. Pat. m. erhöhter Wahrscheinl. f. persistier. WHM ist ein niedr. IGF-I-Spiegel. (SDS < -2) ohne WH-Therap. über mind. 4 Wo. als ausreicht. Beweis zu betrachten. **Gegenanz.:** Überempf. geg. Inhaltsst., Anz. einer Tumorkr., aktive intrakran. Tumoren, nicht abgeschlossene Tumorbehandl., b. Kdr. m. geschloss. Epiphysefugen nicht z. Verbess. d. Körpergröße einsetzen., Komplikät. inf. einer akuten krit. Erkrank. nach operat. Eingriffen am offenen Herzen bzw. im Abdom.-bez., infolge v. Polytrauma, akuter respirat. Insuff. od. ähnl. Komplikät., Schwangersch. **Nebenwirk.:** Klin. Studien an Kdr.: Leukämie, Diab. mell. Typ II, Parästhesie, benigne intrakran. Hypertension, 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. Weit. Einzelu. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. Verschreibungspflichtig. **Mat.-Nr.:** 3/51008178 **Stand:** Februar 2015 Sandoz GmbH, A-6250 Kundl, Österreich

a Novartis company

17:00–18:30 Uhr

Saal A1

Freie Vorträge - Endokrinologie

Vorsitz: C. Grasemann, Essen; A. Körner, Leipzig

Kurzpräsentation der Poster: PE-22, PE-39, PE-31, PE-08, PE-30 und PE-34

Glucocorticoid receptor transactivation by 21-deoxycortisol, 17-hydroxyprogesterone and progesterone in congenital adrenal hyperplasia

H. Claahsen-van der Grinten, Nijmegen, NL

Steuerung der GnRH-Neuronenfunktion durch astroglialen ErbB4/2-Signalweg

H. Möller, Hannover

Bioinaktivität des Hormons Leptin als Ursache frühkindlicher, extremer Adipositas

J.-B. Funcke, Ulm

Einfluss von Leptin auf den Sympathikotonus

J. von Schnurbein, Ulm

Prävalenz und phänotypische Charakterisierung von MC4R Mutationen in einer großen deutschen Kohorte

H. Vollbach, Ulm

Eating Behaviour and Weight Problems in Long-term Survivors of Childhood Craniopharyngioma – Results of the HIT ENDO trial

A. Hoffmann, Oldenburg

Einflüsse von Sport während der Schwangerschaft bei adipösen Mäusen auf das Interleukin-6 Signaling in den Nachkommen

I. Bae-Gartz, Köln

17:00–18:30 Uhr

Saal B

Methodenkolloquium

Vorsitz: J. Kratzsch, Leipzig; S. Wudy, Gießen

Epigenetische Diagnostik bei endokrinologischen Erkrankungen

P. Kühnen, Berlin

Membrantransporter in der Endokrinologie – Neue Signalwege und genetische Dispositionen

J. Geyer, Gießen

Braucht man die Messung von Vitamin-D Bindungsprotein für die Diagnostik des Calcium-Stoffwechsels?

J. Kratzsch, Leipzig

Bildgebende Verfahren in der Pädiatrischen Endokrinologie

R. Wunsch, Witten

ab 19:30 Uhr

Gesellschaftsabend im Red Dot Design Museum

Mehr Informationen auf Seite 43

19:00 Uhr Transfer ab Haltestelle Hollestraße

🕒 08:30–09:30 Uhr	📍 Saal A2
Berichte der Arbeitsgruppen <i>Vorsitz: D. Schnabel, Berlin; E. Lilienthal, Bochum</i>	
🕒 09:30–10:30 Uhr	📍 Saal A2
Meet-the-Expert: Seltene Diabetesformen: Diagnose- und Therapieoptionen <i>K. Raile, Berlin</i>	
🕒 09:30–10:30 Uhr	📍 Saal A1
Meet-the-Expert: Kontrazeption bei Mädchen <i>M. Heinz, Berlin</i>	
🕒 09:30–10:30 Uhr	📍 Saal B
Meet-the-Expert: Gesprächsforum Kindeswohlgefährdung in der pädiatrischen Diabetologie <i>A. Galler, Berlin; D. Hilgard, Herdecke; M. Meusers, Herdecke</i>	
🕒 09:30–10:30 Uhr	📍 Raum 609
Meet-the-Expert: Rationale Diagnostik des Kalzium-Knochenstoffwechsels <i>S. Bechtold-Dalla Pozza, München</i>	
🕒 09:30–10:30 Uhr	📍 Raum 701
Meet-the-Expert: Warum, wann und wie behandle ich die Dyslipidämie bei diabetischen Kindern und Jugendlichen? <i>K. O. Schwab, Freiburg; B. Schenk, Schwerin</i>	
🕒 09:30–10:30 Uhr	📍 Raum 811
Meet-the-Expert: Sport und Diabetes – Marathonaufgabe in der Diabetes-Behandlung <i>H. Müller, Wiesbaden</i>	

🕒 10:30–11:00 Uhr Kaffeepause in der Industrieausstellung	
🕒 11:00–12:30 Uhr	📍 Saal A2
Themenblock 8: Diabetestherapie I <i>Vorsitz: K. O. Schwab, Freiburg; E. Lilienthal, Bochum</i>	
Insulinsekretionsstörung bei Adipositas und Typ 2-Diabetes in der Pädiatrie: Therapieoptionen mit Inkretin-Mimetika <i>R. Ritzel, München</i>	
Sicherheitsaspekte in der Diabetestechnologie: Pumpe und Glukosesensor <i>S. Schlüter, Northeim</i>	
Voraussetzungen für eine erfolgreiche Anwendung der kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) bzw. sensorunterstützten Insulintherapie – SPECTRUM, das neue Schulungs- und Behandlungsprogramm für CGM <i>M. Holder, Stuttgart</i>	
🕒 11:00–12:30 Uhr	📍 Saal A1
Themenblock 9: Endokrinologie des Knochens <i>Vorsitz: D. Schnabel, Berlin; O. Semler, Köln</i>	
Phosphatregulation an Niere und Skelettsystem <i>P. Hoyer, Essen</i>	
Konsensus zur Vitamin D Substitution und Empfehlungen für die Praxis <i>W. Högler, Birmingham, UK</i>	
Neue Therapiemöglichkeiten bei kindlichen Knochenerkrankungen <i>H. Hoyer-Kuhn, Köln</i>	
🕒 11:00–12:30 Uhr	📍 Saal B
Themenblock 10: Diabetestherapie II <i>Vorsitz: T. Meissner, Düsseldorf; K. Mönkemöller, Köln</i>	
Neue Strategien zum Remissionserhalt bei Typ 1-Diabetes: der NMDA-Rezeptor-Antagonist Dextromethorphan <i>A. Welters, Düsseldorf</i>	
Stärken sozialer Netzwerke bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 <i>M. Heinrich, Berlin</i>	
Bewertung alternativer Behandlungsmethoden bei Diabetes mellitus im Kindesalter <i>T. Kapellen, Leipzig</i>	

Berichte der Stipendiaten | JA-PED 2016 | Verabschiedung
Vorsitz: R. Ziegler, Münster, B. Hauffa, Essen

Bericht über die Entwicklung des Projektes des Leonard-Thompson-Gedächtnispreises
T. Biester, Hannover

Bericht über das 1. Jahr des DGKED-Weiterbildungsstipendiums
A. Tulun, Lübeck

Bericht über das 2. Jahr des DGKED-Weiterbildungsstipendiums
C. Sydlik, München

Bericht über die Verwendung des Klaus-Kruse-Stipendiums
C. Grasemann, Essen

Vorstellung der JA-PED 2016 in Osnabrück
N. Albers, Osnabrück

JA-PED
2016

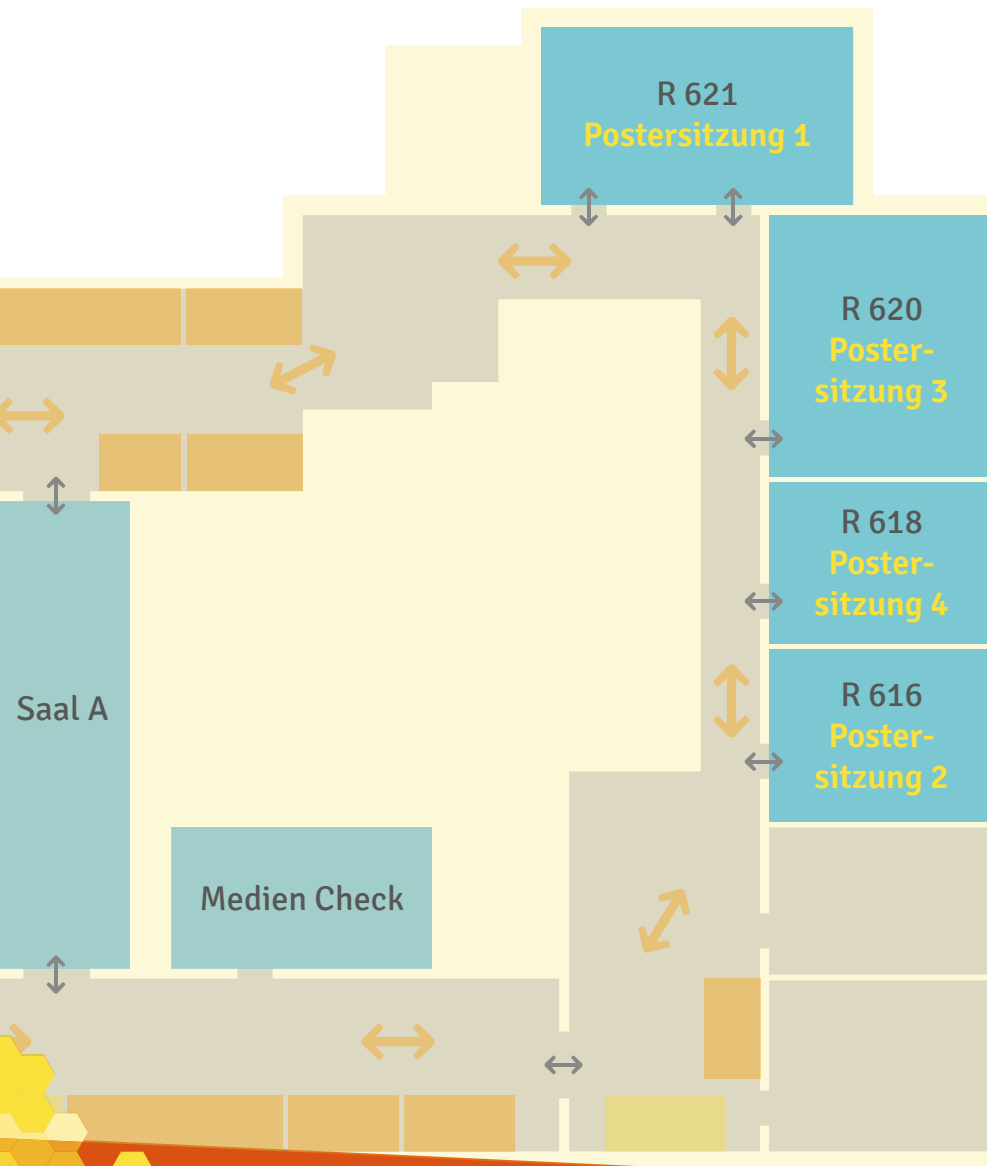
**Christliches
Kinderhospital Osnabrück**
ZENTRUM FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN



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

www.ja-ped.de

**11.–13.11.2016
OSNABRÜCK**



13:00–14:00 Uhr

Postersitzung 1

Raum 621

Vorsitz: E. Hahn, Oberhausen; A. Krebs, Freiburg

PD-01	Rhabdomyolyse – eine seltene Komplikation bei schwerer Ketoazidose D. Augst, Essen
PD-02	Diabetes und Transplantation solider Organe im Kindesalter: Analyse des deutsch-österreichischen DPV-Registers S. Bechtold-Dalla Pozza, München
PD-04	14-jährige, extrem adipöse Patientin mit Schwangerschaft bei Typ-1-Diabetes – Eine Herausforderung für die Familie, das Diabetes- und Geburtshilfeteam T. Biester, Hannover
PD-05	Einsatz einer Insulinpumpe bei einem Mädchen mit Typ-1-Diabetes, Trisomie 21 und Pflasterunverträglichkeit T. Biester, Hannover
PD-06	Zusammenhang zwischen dem BMI der Mutter vor der Schwangerschaft und der BMI-Trajektorie des Kindes im Kindesalter – Ergebnisse aus der Ulmer Kinderstudie S. Brandt, Ulm
PD-07	Transienter kongenitaler Hyperinsulinismus und renales Fanconi Syndrom C. M. Brichta, Freiburg
PD-08	Behandlungsmerkmale und Diabetesmanagement von 5960 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes (T1D): die weltweite TEENS-Studie T. Danne, Hannover
PD-10	Dapagliflozin, ein Inhibitor des Natrium-Glukose-Cotransporter 2, als Add-On Therapie bei der Behandlung des Typ-1 Diabetes? M. Fath, Hannover
PD-13	ß-Zell-Autoimmunität bei Mukoviszidose-bedingtem Diabetes (CFRD) – Eine Analyse basierend auf dem DPV-Register K. Konrad, Essen
PD-15	Akute Komplikationen und Blutzuckerkontrolle bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes (T1D): die weltweite TEENS-Studie L. Laffel, Boston, US
PD-16	Diagnose eines Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangels im Rahmen einer diabetischen Ketoazidose – ein Fallbericht S. Linke, Hamburg

PD-17	Diabetestechnologie in der pädiatrischen Diabetologie: Boluskalkulator, Sensorunterstützte Pumpentherapie und Basalratenabschaltung bei Diabetespatienten aus Deutschland und Österreich <i>H. Mueller, Wiesbaden</i>
PD-18	Ergebnisse der Subgruppe Europa: Krankheitsmanagement und Ergebnisse in Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes (T1D): die weltweite TEENS-Studie <i>M. Phillip, Petah Tikva, IL</i>
PD-20	A hungry Newborn: A Case of Neonatal Hypoglycaemic Encephalopathy <i>A. Stasinaki, St. Gallen, CH</i>
PD-22	Erfolgreiche Behandlung eines Säuglings mit diazoxid- und octreotidresistentem kongenitalem Hyperinsulinismus mit dem Depot-Somatostatin-Analogen Lanreotid <i>S. Wenzel, Hamburg</i>
PD-23	Neue missense-Mutation im GCK-Gen als molekulare Ursache eines Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY 2) <i>G. Wildhardt, Frankfurt am Main</i>

Postersitzung 2

Vorsitz: S. Wiegand, Berlin; K. Mönkemöller, Köln

📍 Raum 616

PD-03	Die off-Label-Anwendung des FreeStyle Libre® bei Kindern und Jugendlichen <i>T. Biester, Hannover</i>
PD-09	Sinusvenenthrombose bei diabetischer Ketoazidose im Rahmen einer Diabeteserstmanifestation <i>U. Duvigneau, Hamburg</i>
PD-11	Es ist nicht immer eine Pseudoappendizitis: Fallbericht eines 12-jährigen Jungen mit Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 1, Ketoazidose und einer Appendizitis <i>I. Gottwald, Hannover</i>
PD-12	Glykogen-Hepatopathie als seltene Komplikation eines Diabetes mellitus Typ 1 (T1DM) <i>R. Hofmeister, Essen</i>
PD-14	Next-Generation Sequencing (NGS) bei Patienten mit kongenitalem Hyperinsulinismus und unklaren Hypoglykämieerkrankungen <i>S. Kummer, Düsseldorf</i>
PD-19	Hohe Frequenz des Hochrisiko HLA Genotyps DR4-DQB1*0302, HLA-DR3-DQB1*0201 bei früh manifestem Typ 1 Diabetes <i>C. Reinauer, Düsseldorf</i>
PD-21	Diabetes bei β -Thalassämie und anderen Hämoglobinopathien – eine Analyse aus der DPV Datenbank <i>K. Warncke, München</i>
PE-01	Endokrinopathien bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen mit zystischer Fibrose <i>C. Kiewert, Essen</i>

PE-02	Welchen Effekt hat mütterliches Übergewicht auf die Plazenta und das ungeborene Kind? <i>S. Appel, Köln</i>
PE-03	Ansätze zur Prävention des metabolischen Syndroms in den Nachkommen übergewichtiger Mütter – Auswirkungen einer Ernährungsumstellung während Schwangerschaft und Stillzeit <i>R. Janoscsek, Köln</i>
PE-04	IGF-1 und Leptin im Nabelschnurblut können zur Unterscheidung von makrosomen Neugeborenen beitragen: Einfache Makrosomie vs. Makrosomie bei unerkanntem Gestationsdiabetes <i>A. Krause, Freiburg</i>
PE-05	Langfristige Prägung von somatischem Wachstum, Sozialverhalten und Endocannabinoid-Stoffwechsel durch frühe Ernährungsmodifikation im Cross-fostering Mausmodell <i>F. Schreiner, Bonn</i>
PE-06	3 Kinder mit Chromosome 14 imprinting disorder (Temple-Syndrom) <i>C. Schröder, Greifswald</i>
PE-42	Umfassende Next-Generation Sequencing (NGS) basierte Analyse widerlegt triallelische und oligogene Vererbung in der bislang größten untersuchten Kohorte von 163 Patienten mit Bardet-Biedl-Syndrom <i>C. Bergmann, Ingelheim</i>
PE-43	Polyglandular Autoimmunity caused by LRBA-Deficiency syndrome is marked by variable endocrine manifestations during childhood <i>U. Paetow, Frankfurt am Main</i>

Postersitzung 3

Vorsitz: C. Kiewert, Essen; B. Gohlke, Bonn

📍 Raum 620

PE-07	A 19-year-old adolescent with short stature and scrotal tumour <i>K. Heldt, St. Gallen, CH</i>
PE-08	Korrelation von Expression und transkriptioneller Aktivität des Androgenrezeptors in kultivierten menschlichen Genitalhautfibroblasten <i>N. Hornig, Kiel</i>
PE-09	EU-Studie: dsd-LIFE <i>B. Köhler, Berlin</i>
PE-10	46,XY-Hypogonadismus und Nephroblastom bei männlichem Säugling aufgrund einer WT1-Gen Mutation <i>E. Panou, Bonn</i>
PE-11	A Homozygous Desert Hedgehog Mutation in Two 46,XY Sisters associated with Partial Gonadal Dysgenesis and Polyneuropathy <i>R. Werner, Lübeck</i>
PE-12	Hydrocephalus and Hypothalamic Involvement in Pediatric Patients with Craniopharyngioma or Cysts of Rathke's Pouch: Impact on Long-term Prognosis <i>A. M. Daubenbüchel, Oldenburg</i>
PE-13	ROHHADNET – ein seltenes Adipositas-Syndrom <i>C. Denzer, Ulm</i>

PE-14	Therapie mit Dexamphetaminsulfat bei hypothalamischer Adipositas – eine klinische Fallserie – aktueller Stand <i>F. Denzer, Ulm</i>
PE-15	Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Fatigue in Long-term Survivors of Childhood-onset Craniopharyngioma <i>A. Hoffmann, Oldenburg</i>
PE-16	History before Diagnosis in Childhood Craniopharyngioma: Impact on Initial Presentation and Long-term Prognosis <i>A. Hoffmann, Oldenburg</i>
PE-17	Survival, Hypothalamic Obesity, and Neuropsychological/Psychosocial Status after Childhood-onset Craniopharyngioma: Newly reported Long-term Outcomes <i>A. S. Sterkenburg, Oldenburg</i>
PE-28	Wirksamkeit der Therapie mit rhIGF-I bei einer Patientin mit Leprechaunismus <i>H. A. Nobel, Gießen</i>
PE-29	Gleiche Wirksamkeit der Zomacton®-Therapie (Somatropin) bei PatientInnen nach nadelfreier Applikation (ZomaJet Vision) im Vergleich zur Nadelinjektion (FERRING Pen) bei Kindern mit Wachstumshormonmangel und Ullrich-Turner Syndrom <i>R. Schmedemann, Kiel</i>
PE-30	Signifikante Verminderung von small dense LDL-Cholesterin und Lipoprotein-assoziiierter Phospholipase A2 infolge einer Therapie mit menschlichem Wachstumshormon bei Kindern und Jugendlichen mit Wachstumshormonmangel und SGA-Status <i>K. O. Schwab, Freiburg</i>
PE-31	Abnahme der Sprungkraft bei Jugendlichen mit schwerem Wachstumshormonmangel (sGHD) nach Beendigung der Wachstumshormontherapie <i>R. Schweizer, Tübingen</i>
PE-32	Mädchen mit Kleinwuchs und auffälligem Haar-Rasopathie <i>J. Woywod, Hamburg</i>
PE-33	Testotoxikose bei einem Kleinkind: eine therapeutische Herausforderung <i>S. Fracassi, Essen</i>
PE-34	Vorzeitige Pubertätsentwicklung eines Säuglings mit Schilddrüsenhormonresistenz ohne TSH-Erhöhung infolge einer bisher nicht beschriebenen Mutation im TRß-Gen <i>E. Hahn, Oberhausen</i>
PE-35	Osteopathologien bei 128 Überlebenden einer akuten lymphatischen Leukämie (ALL) im Kindesalter <i>P. K. Hauffa, Essen</i>
PE-36	Serumparameter der Fertilität von Adoleszenten mit chronischen Endokrinopathien zum Zeitpunkt der Transition <i>J. Mitnacht, Heidelberg</i>
PE-37	Phänotypische Variabilität in 2 Familien mit Kallmann-Syndrom durch FGFR1-bzw. FGF8-Mutation <i>S. Riedl, Wien, AT</i>

Postersitzung 4

Vorsitz: E. Schönau, Köln; H. Krude, Berlin

Raum 618

PE-18	Mutation im GATA-3 Gen – eine seltene Ursache eines Hypoparathyreoidismus <i>T. Aktas, Hamburg</i>
PE-19	Hungry Bone Syndrome (HBS) nach Operation eines Adenoms der Nebenschilddrüse <i>K. Gaßmann, Erlangen</i>
PE-20	Verzögertes Wachstum bei juveniler Osteoporose <i>G. Gemulla, Dresden</i>
PE-21	Klinisch relevante Osteopathologie bei Kindern mit hämolytischer Anämie <i>S. C. Goretzki, Essen</i>
PE-22	Ist der 'Bone Health Index' (BHI) in BonExpert® zur Beurteilung der Knochengesundheit bei Kindern nutzbar? <i>L. Marschke, Essen</i>
PE-23	Aktivierende Calcium-Sensing-Rezeptor Mutation als Ursache einer persistierenden symptomatischen Hypokalziämie bei einem Neugeborenen <i>L. Ronceray, Wien, AT</i>
PE-24	Cushing Syndrome due to Adrenocortical Carcinoma in a 3 month old infant with a large interstitial deletion of chromosome 5q including the APC gene <i>H. I. Akkurt, Hamburg</i>
PE-25	Symptomatische transiente Nebennierenrindeninsuffizienz bei Reifgeborenen und späten Frühgeborenen – Differentialdiagnostische Überlegungen, Therapie-strategie und Übersicht über 7 Fälle <i>F. Reschke, Dresden</i>
PE-26	Cholestatic hepatopathy and hypoglycaemic seizures as primary manifestation of hypocortisolism in infancy <i>P. Saupp, Düsseldorf</i>
PE-27	Salzkristallsekretion der Meibom-Drüsen ist pathognomonisch für die systemische Form des Pseudohypoaldosteronismus Typ 1 (PHA1) <i>N. van der Werf-Großmann, Freiburg</i>
PE-38	Verhalten und Intelligenz bei Kindern und Jugendlichen mit Hashimoto-Thyreoiditis <i>C. Boettcher, Gießen</i>
PE-39	Hypothyreose mit Struma bei einem 11-jährigen Jungen durch eine neue Mutation im DEHAL1 Gen <i>E. Schulz, Hamburg</i>
PE-40	Hypothyreose und ACTH-Mangel bei einer TBX 19 Mutation. Koinzidenz oder pathogenetische Korrelation? <i>E. Schulz, Hamburg</i>
PE-41	Diagnostisches Vorgehen bei Neugeborenen von Müttern mit „Schilddrüsen-erkrankungen“ <i>P. Weissenfels, Bonn</i>

Gibt den Kindern die Kindheit zurück.



Die Pubertät kann warten.

Decapeptyl® N 
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), Propylenglycoldicaprylocaprat. 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 myomatosis 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 Behandlungsende 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, ovarielles 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, Alopecie; 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, Nasolenz, Dysstasie, anormales Augenempfinden, Sehstörungen, verschwommenes Sehen, Tinnitus, Schwindelgefühl, Hypotonie, Dyspnoe, Orthopnoe, Epistaxis, Bauchschmerzen, Verstopfung, Diarrhoe, Erbrechen, aufgelahter Bauch, Flatulenz, Gastralgie, Akne, Pruritus, Ausschlag, Bläschen, Angioödem, Urtikaria, Purpura, Rückenschmerzen, Skelettmuskelschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Gelenksteifheit, Gelenksteifheit, 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, Knochenkrankungen, 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, Alopecie, 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 Arzneimittel angewendet wird, die die hypophysäre Gonadotropinsekretion beeinflussen, sollte der Hormonstatus der Patienten sorgfältig überwacht werden. Da Androgendepressionstherapie 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 II-Antiarrhythmika (z. B. Amiodaron, Sotalol, Dofetilid, Ibutilid), 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

Preisverleihung

Die Preisverleihungen finden am Samstag, den 07.11.2015 statt.

Im Haus der Technik werden von 14:15 Uhr bis 15:00 Uhr im Saal A2 folgende Preise verliehen:

- Klaus-Kruse Stipendium ***
1 Preisträger | dotiert mit 10.000,00 €
gefördert von: 
- Dietrich-Knorr-Preis**
1 Preisträger | dotiert mit 5.000,00 €
gefördert von: 
- Leonard-Thompson-Gedächtnispreis**
1 Preisträger | dotiert mit 8.000,00 €
gefördert von: 
- Jürgen-Bierich-Preis**
2 Preisträger | dotiert mit je 2.500,00 €
gefördert von: 

Folgende Preise werden im Rahmen des Gesellschaftsabends im Red Dot Design Museum verliehen:

- Weiterbildungsstipendium der DGKE e.V. ***
1 Preisträger | dotiert mit 60.000,00 € über 2 Jahre
gefördert von: 
- STEPS Award**
2 Preisträger | dotiert mit je 1.000,00 €
gefördert von:  
- Posterpreise der DGKE e.V.**
2 Preisträger | dotiert mit je 500,00 €
gefördert von: 
- AGPD-Abstract-Award (AAA)**
2 Preisträger | dotiert mit je 500,00 €
gefördert von: 

Wir bedanken uns bei allen Förderern für die großzügige Unterstützung!

* Die Stipendiaten berichten am Sonntag, den 08.11.2015 im Rahmen der Abschlussitzung.

Freitag, 06.11.2015 | Haus der Technik

• Eröffnung der JA-PED 2015 im Saal A

• GRATA! Grenzenlos

Das stufenübergreifende Projekt „Grashof tanzt“ ist seit 2005 ein fester Bestandteil der Kulturarbeit am Grashof Gymnasium in Essen. Unterstützt von Eltern und Lehrern stellen die Schülerinnen und Schüler dieses Tanzereignis eigenständig auf die Beine, in dem Tanz, Musik und Videotechnik in immer wieder neuer Form in einem Gesamtkunstwerk zusammenfinden.

„Grashof tanzt“ bietet den Kindern eine Möglichkeit, sich ergänzend zum schulischen Bildungssystem langfristig und mit allem, was an kreativen Kräften, Fantasie und Leidenschaft in ihnen steckt, in ein Projekt einzubringen und einzubinden.

• Matthias Reuter

„Strukturwandel im Ruhrgebiet – das ist, wenn man aus Zechen und Fabriken alles, was irgendwie mit Arbeit zu tun hat, rausräumt und die entstehenden Freiräume mit Komikern auffüllt.“

So hat auch der Oberhausener Matthias Reuter einen Job gefunden, der zu ihm passt. Wie man diesen Arbeitsplatz aber nun genau benennen soll - darüber gibt es die unterschiedlichsten Auffassungen: Geschichtenerzähler am Klavier, Kabarettist, Ruhrgebiets-Chansonier, Slam-Poet, Komiker oder Sprachkünstler sind ein paar der Bezeichnungen, die Journalisten verwenden.

Eine Ärztin nannte es anlässlich einer Augenentzündung einmal so: „Wenn sie einen Beruf hätten, dann würde ich sie jetzt krankschreiben.“

Die Wahrheit liegt wie immer irgendwo in der Mitte.

• Begrüßungsabend in der Industrieausstellung

Der Begrüßungsabend findet traditionell nach der offiziellen Eröffnung der JA-PED in der Industrieausstellung statt. Genießen Sie unter dem Motto „Allerlei Köstlichkeiten aus dem Pott“ die regionale Küche des Ruhrgebiets und nutzen Sie den gemeinsamen Abend mit Freunden und Kollegen zum regen Gedankenaustausch und netten Gesprächen.

Beginn: 20:15 Uhr
Ende: ca. 22:00 Uhr
Ort: Haus der Technik | Foyer, Ebene 6
Hollestraße 1
45127 Essen

Samstag, 07.11.2015 | Red Dot Design Museum

• Gesellschaftsabend in der Schürerhalle

Das Red Dot Design Museum befindet sich im Kesselhaus der ehemaligen Zeche Zollverein – einem Gebäude, das zu einem der bedeutendsten Industriedenkmäler des 20. Jahrhunderts zählt. Es wurde im Bauhausstil erbaut und 1996 durch den britischen Architekten Lord Norman Foster re-designed.

Die neue Innenarchitektur aus Glas und Beton verschmolz mit den alten Rohrleitungen, Armaturen und Stahltreppen, sodass eine atemberaubende, gleichermaßen inspirierende Bühne für zeitgenössisches Produktdesign entstand.

Seit 2001 gehört das Red Dot Design Museum zum Weltkulturerbe der UNESCO.

Kulinarisch begleitet wird dieser Abend mit leckeren herbstlichen Speisen und passenden Getränken.

Ein DJ sorgt für den richtigen Tanzmix.

Transfer: 19:00 Uhr
Transfer in historischer
Straßenbahn ab Haltestelle Hollestr.
(siehe Seite 6)

Einlass: 19:30 Uhr

Ende: ca. 1:00 Uhr
Bus-Shuttles zum Hauptbahnhof
23:00 Uhr / 23:45 Uhr / 00:30 Uhr

Ort: Red Dot Design Museum Essen
Zollverein Areal A (Schacht XII)
Kesselhaus (A7)
Gelsenkirchener Straße 181
45309 Essen

Ticket: 50,00 € inklusive Mehrwertsteuer,
Speisen und Getränke, Transfer,
Museumseintritt und DJ

Tickets sind noch am Registrierungs-
counter erhältlich.



Quelle: Red Dot Design Museum

Kongressbegleitende Ausstellung

Aussteller	Stand
Abbott GmbH & Co. KG	3
Alexion Pharma Germany GmbH	12
BERLIN-CHEMIE AG	2
bio.logis Zentrum für Humangenetik	9
biomedpark Medien GmbH	10
Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH – Zentrum für Humangenetik	16
Einhorn Apotheke Hamburg Altona	8
FERRING Arzneimittel GmbH	5
Immunodiagnostic Systems GmbH	11
Ipsen Pharma GmbH	15
Lilly Deutschland GmbH	4
Merck Serono GmbH	6

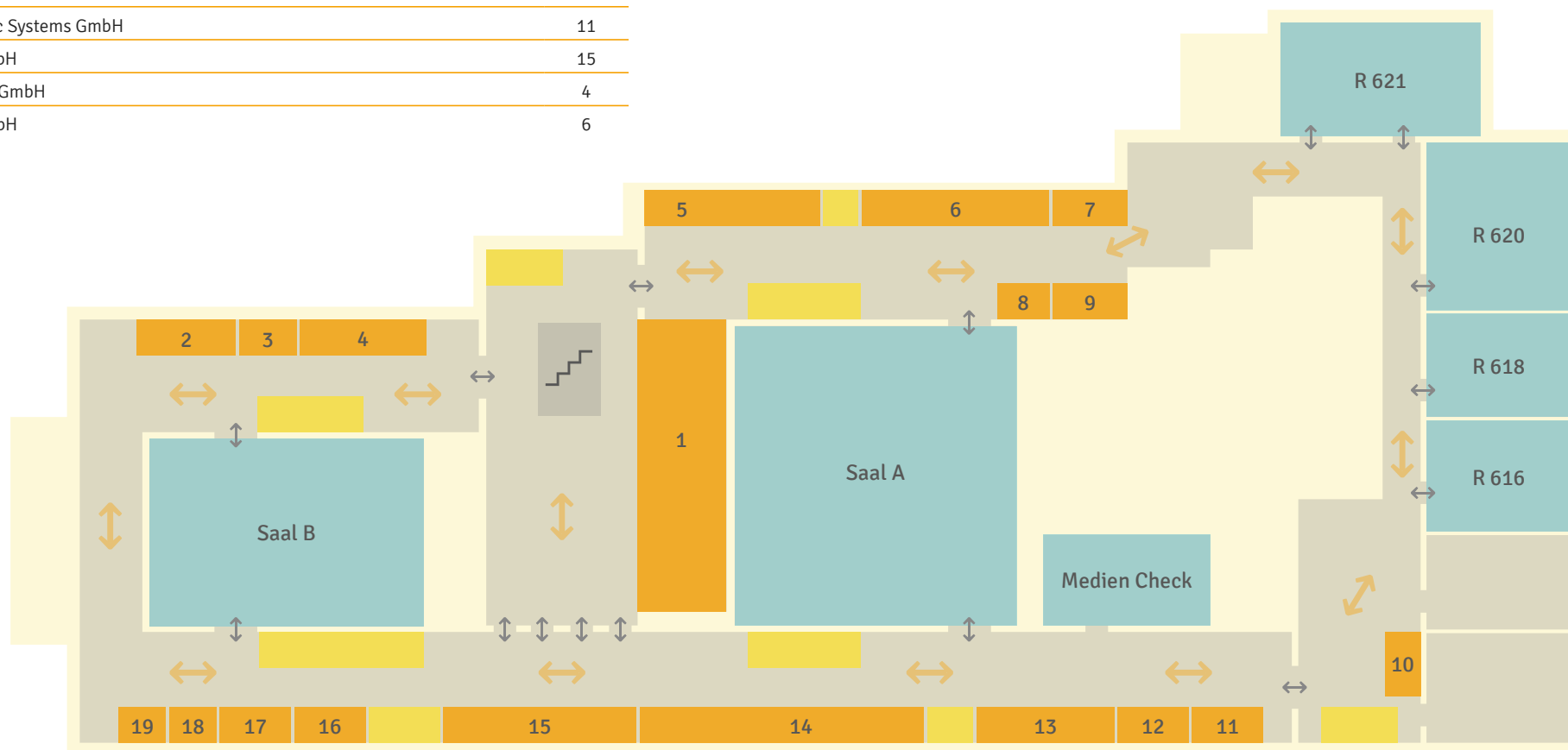
Aussteller	Stand
Nintamed GmbH & Co. KG	7
Novo Nordisk Pharma GmbH	1
PC PAL	18
Pfizer Pharma GmbH	13
Sandoz Biopharmaceuticals	14
Visiana	19
Ypsomed GmbH	17

Ebene 6

Catering 

Räume 

Stände 



Unterstützer

Wir danken allen Sponsoren und Ausstellern für die tatkräftige Unterstützung.

Platin-Sponsor



Gold-Sponsor



Silber-Sponsoren



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

Abbott GmbH & Co. KG
Alexion Pharma Germany GmbH
BERLIN-CHEMIE AG
Ipsen Pharma GmbH

Lilly Deutschland GmbH
Mediagnost-Gesellschaft für Forschung
und Herstellung von Diagnostika GmbH
Merck Serono GmbH

Novo Nordisk Pharma GmbH

Pfizer Pharma GmbH

Standmiete 6 m² € 3.500
Aussteller € 4.100,00; Standmiete 6 m², Unterstützung Session
Standmiete 10 m² € 7.000
Gold Sponsor € 35.000,00
Standmiete 20 m², Seminar Endokrinologie + Seminar Diabetestteams, Freiregistrierungen,
Anzeige
Bronze Sponsor € 15.000,00; Standmiete 12 m², Ultraschallkurs, Anzeige, Freiregistrierungen
Einlage € 500

Silber Sponsor € 27.500,00; Standmiete 15 m², Seminar Endokrinologie, Anzeige,
Freiregistrierungen
Platin Sponsor € 50.000,00; Standmiete 25 m², Seminar Endokrinologie + Seminar
Diabetestteams, Freiregistrierungen, Anzeige
Silber Sponsor € 27.500,00; Standmiete 15 m², Seminar Endokrinologie, Anzeige,
Freiregistrierungen

Bronze-Sponsoren



Aussteller | Sponsor





© Hildesheim Marketing

NDGKJ 2016

- ▶ 65. Jahrestagung der
Norddeutschen Gesellschaft
für Kinderheilkunde & Jugendmedizin
- ▶ 11. - 12. März 2016
- ▶ Universität Hildesheim
- ▶ www.ndgkj-2016.de



IPSEN
Innovation for patient care

Wir machen den Unterschied!

NutropinAq® – für eine große Zukunft

Bei Wachstumsstörungen:

- **Ihr Vertrauen**
Bisher mehr als 100.000 NutropinAq®-Patienten¹
- **Sicherheit**
Aufgrund NCGS/iNCGS-Datenbank²
- **Der NutropinAq®-Pen**
Kinderleicht, zuverlässig und
sofort einsetzbar



NutropinAq®
Wirkstoff: Somatropin

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 Tumorwachstums 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, Papillenödem, Diplopie, Vertigo, Tachykardie, Hypertonie, Erbrechen, Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit, Lipodystrophie, Hautatrophie, exfoliative Dermatitis, Urtikaria, Hirsutismus, Hauthypertrophie, Muskelatrophie, Knochenschmerzen, Karpaltunnelsyndrom, Harninkontinenz, Polyurie, Pollakisurie, Urinomalie, uterine Blutung, Genitalfluor, an der Injektionsstelle: Atrophie, Blutung, Schwellung, Hypertrophie. *Indikationspezifisch:* 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 Epiphysiolyse erhöht. Bei Epiphysiolyse erhöht. *Anwendungsbeobachtung nach Markteinführung:* Gelegentlich: Kopfschmerzen, Hypertrophie der Adenoiden, Epiphysiolyse, 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, Papillenödem, Verschwommensehen, tonsilläre Hypertrophie, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, generalisierter Pruritus, Urtikaria, Hautrötung, abnorme Knochenentwicklung, Osteochondrosis, Muskelschwäche, Schmerzen in den Extremitäten, Hypothyreose, Diabetes mellitus, Hypertrophie, 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

IPSEN Pharma GmbH | Willy-Brandt-Str. 3 | 76275 Ettlingen | www.ipsen-pharma.de

¹ PSUR Nutropin Aq; IPSEN 15. Februar 2012 2 Ranke, MB: New Preparations Comprising Recombinant Human Growth Hormone: Deliberations on the Issue of Biosimilars, Horm Res 2008; 69: 22–28



Norditropin® –

27 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.



n
norditropin®
flexpro®

Norditropin® FlexPro® 5 mg/1,5 ml Injektionslösung in einem Fertigpen. Norditropin® FlexPro® 10 mg/1,5 ml Injektionslösung in einem Fertigpen. Norditropin® FlexPro® 15 mg/1,5 ml 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 oder verloren gegangene 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 und Patienten über 60 Jahre oder die als Erwachsene über 5 Jahre mit Somatropin behandelt wurden. 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, benignen intrakraniellen 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:** August 2015

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