

Klinikum Stuttgart, Olgahospital, Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

- Fr. Dr. C. Künle, Fr. Dr. B. Issar

- 29.09.2026

Klinikum Stuttgart

Manifeste Hypothyreose: TSH ↑, fT4 ↓

- Kontrolle der Werte inklusive TPO-Antikörper
- Sonographie der Schilddrüse

Bei bestätigter Hypothyreose Beginn L-Thyroxin Therapie, Richtdosen:

< 6 Monate 15 µg/kg (Startdosis, im Verlauf reduzieren)

< 1 Jahr: 5-8 µg/kg

< 12 Jahre: 2-3 µg/kg

- bei ausgeprägter Hypothyreose (TSH > 20 mU/L) nach dem ersten Lebensjahr:
- Beginn mit niedriger Dosis (12-25 µg), langsames Steigern alle 2-4 Wochen

- Einnahme morgens nüchtern vor dem Frühstück
- Therapieziel: TSH im unteren Normbereich

Latente Hypothyreose: TSH ↑, fT4 ↔, Kind > 1 Jahr



wenn TSH < 8 mU/L:

Kontrolle der Werte nach 3-6 Mnaten (inkl. TPO-Antikörper),

bei TSH-Anstieg (> 10mU/L) oder fT4 ↓, Therapie mit L- Thyroxin



wenn TSH > 10 mU/l:

Kontrolle, wenn bestätigt, Beginn Therapie



Keine Indikation zur Therapie: TSH unterhalb der oben beschrieben Grenzen bei Adipositas

Hypothyreose unter Therapie mit L-Thyroxin



Ziel: TSH im unteren Normbereich

wenn TSH ↑:

Compliance besprechen

Dosis um 12-25 µg erhöhen

Wenn TSH ↓:

Dosis reduzieren

Wenn niedrige Dosis lange Zeit konstant:

über Auslassversuch nachdenken

(in Abhängigkeit von der Ursache; nicht bei eindeutiger konnataler Hypothyreose)

Autoimmunthyreoiditis



Wenn TPO-AK erhöht -> Sonographie der Schilddrüse

Euthyreose:

keine Indikation zur Therapie mit L-Thyroxin

Laborkontrolle alle 6-12 Monate

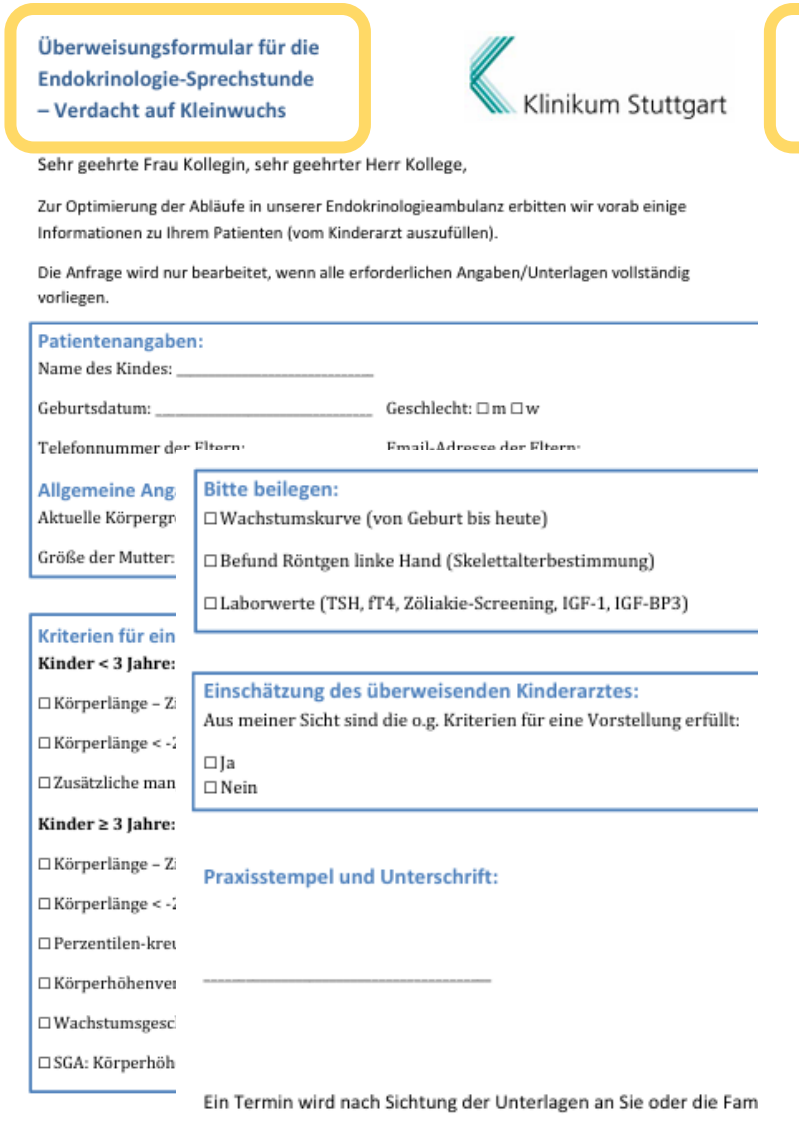
Sonokontrolle bei initial unauffälligem Befund alle 2-3 Jahre

- Manifeste Hypothyreose: Therapie wie besprochen
- Latente Hypothyreose: Therapie wie besprochen

Klinisch oder sonographisch Entwicklung einer deutlichen, progredienten Struma:

Therapie bereits bei niedrigeren TSH-Werten überdenken

Andere endokrinologische Fragestellungen



Überweisungsformular für die Endokrinologie-Sprechstunde – Verdacht auf Kleinwuchs

Klinikum Stuttgart

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Zur Optimierung der Abläufe in unserer Endokrinologieambulanz erbitten wir vorab einige Informationen zu Ihrem Patienten (vom Kinderarzt auszufüllen).

Die Anfrage wird nur bearbeitet, wenn alle erforderlichen Angaben/Unterlagen vollständig vorliegen.

Patientenangaben:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w

Telefonnummer der Eltern: Email-Adresse der Eltern:

Allgemeine Ang

Aktuelle Körpergr

Größe der Mutter:

Kriterien für ein

Kinder < 3 Jahre:

☐ Körperlänge – Z

☐ Körperlänge < -

☐ Zusätzliche man

Kinder ≥ 3 Jahre:

☐ Körperlänge – Z

☐ Körperlänge < -

☐ Perzentilen-kre

☐ Körperhöhenver

☐ Wachstumsgesc

☐ SGA: Körperhöh

Bitte beilegen:

☐ Wachstumskurve (von Geburt bis heute)

☐ Befund Röntgen linke Hand (Skelettalterbestimmung)

☐ Laborwerte (TSH, fT4, Zöliakie-Screening, IGF-1, IGF-BP3)

Einschätzung des überweisenden Kinderarztes:

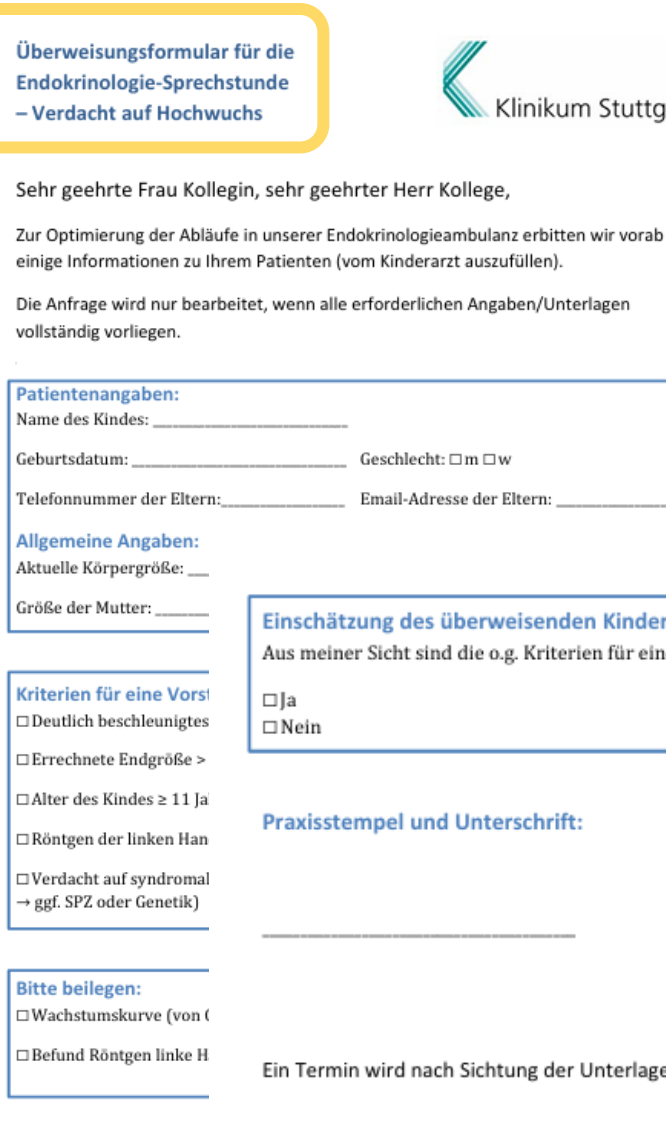
Aus meiner Sicht sind die o.g. Kriterien für eine Vorstellung erfüllt:

☐ Ja
☐ Nein

Praxisstempel und Unterschrift:

_____

Ein Termin wird nach Sichtung der Unterlagen an Sie oder die Fam



Überweisungsformular für die Endokrinologie-Sprechstunde – Verdacht auf Hochwuchs

Klinikum Stuttg

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Zur Optimierung der Abläufe in unserer Endokrinologieambulanz erbitten wir vorab einige Informationen zu Ihrem Patienten (vom Kinderarzt auszufüllen).

Die Anfrage wird nur bearbeitet, wenn alle erforderlichen Angaben/Unterlagen vollständig vorliegen.

Patientenangaben:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w

Telefonnummer der Eltern: _____ Email-Adresse der Eltern: _____

Allgemeine Angaben:

Aktuelle Körpergröße: __

Größe der Mutter: _____

Kriterien für eine Vors

☐ Deutlich beschleunigtes

☐ Errechnete Endgröße >

☐ Alter des Kindes ≥ 11 Ja

☐ Röntgen der linken Han

☐ Verdacht auf syndromal
→ ggf. SPZ oder Genetik)

Bitte beilegen:

☐ Wachstumskurve (von

☐ Befund Röntgen linke H

Einschätzung des überweisenden Kinder

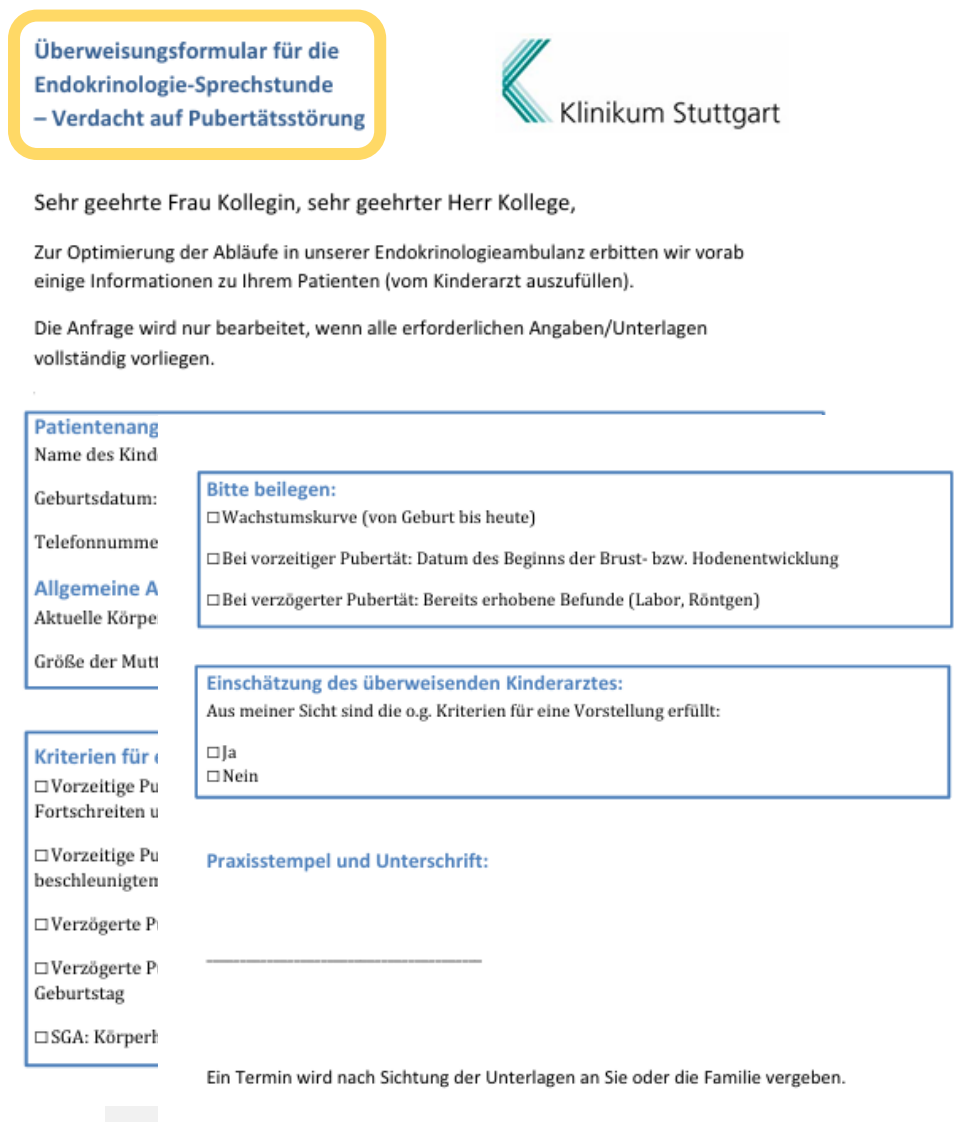
Aus meiner Sicht sind die o.g. Kriterien für ein

☐ Ja
☐ Nein

Praxisstempel und Unterschrift:

_____

Ein Termin wird nach Sichtung der Unterlage



Überweisungsformular für die Endokrinologie-Sprechstunde – Verdacht auf Pubertätsstörung

Klinikum Stuttgart

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Zur Optimierung der Abläufe in unserer Endokrinologieambulanz erbitten wir vorab einige Informationen zu Ihrem Patienten (vom Kinderarzt auszufüllen).

Die Anfrage wird nur bearbeitet, wenn alle erforderlichen Angaben/Unterlagen vollständig vorliegen.

Patientenang

Name des Kind

Geburtsdatum:

Telefonnumme

Allgemeine A

Aktuelle Körpe

Größe der Mutt

Kriterien für

☐ Vorzeitige Pu
Fortschreiten u

☐ Vorzeitige Pu
beschleunigten

☐ Verzögerte P

☐ Verzögerte P
Geburtstag

☐ SGA: Körperh

Bitte beilegen:

☐ Wachstumskurve (von Geburt bis heute)

☐ Bei vorzeitiger Pubertät: Datum des Beginns der Brust- bzw. Hodenentwicklung

☐ Bei verzögerter Pubertät: Bereits erhobene Befunde (Labor, Röntgen)

Einschätzung des überweisenden Kinderarztes:

Aus meiner Sicht sind die o.g. Kriterien für eine Vorstellung erfüllt:

☐ Ja
☐ Nein

Praxisstempel und Unterschrift:

_____

Ein Termin wird nach Sichtung der Unterlagen an Sie oder die Familie vergeben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

kinderendokrinologie@klinikum-stuttgart.de

Olgahospital
Zentrum für Kinder – und Jugendmedizin

12.11.2026

Pädiatrie-Webinare

am

Olgahospital

Klinikum Stuttgart