

## Inhalt

### Editorial

1. Berichte aus den AGs
2. Rückblick gemeinsame Jahrestagung der DGKED und der AGPD (JA-PED) 2013 in Hannover und Preisträger
3. JA-PED 2014 Leipzig
4. Stipendien, Preise und Deadlines
5. Dietrich-Knorr-Preis
6. Neues aus dem Vorstand
7. Diskussion
8. Personalien
9. Vorgehensweise bei der Erstellung von Leitlinien - ein kurzer Leitfaden für Interessierte

### Impressum

## Editorial

Dieser Newsletter erreicht Sie zur Halbzeit zwischen den Jahrestagungen. Zunächst soll er in Ihnen angenehme Erinnerungen an unsere zurückliegende Jahrestagung in Hannover 2013 wecken. Dazu haben wir den Berichten der Arbeitsgruppen extra viel Platz eingeräumt, haben doch diesmal alle AGs vor dem Plenum berichtet und fast alle einen Bericht für den Newsletter zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig soll der Newsletter ein Schlaglicht auf die kommende JA-PED 2014 in Leipzig werfen - und auf alle damit verbundenen Deadlines. Bitte nutzen Sie die Vielfalt der von uns zu vergebenden Wissenschaftspreise und bewerben Sie sich mit Ihren besten Arbeiten! Den Arbeitsgruppenleitern rufen wir zu: Motivieren Sie Ihre Mitarbeiter, sich zu beteiligen! Neben Preisen, die sich an jüngere Nachwuchswissenschaftler richten, gibt es Preise, die den erfahrenen Forschern\* unter Ihnen ein Ansporn sein dürfen.

Nehmen Sie sich auch Zeit für die neuen Rubriken "Neues aus dem Vorstand", "Diskussion", "Leitlinien" und "Personalien". Für Feedback von Ihnen sind wir dankbar.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen im Namen des gesamten Vorstands



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

für den Vorstand  
PD Dr. S. Heger, Dr. C. Brack, Prof. Dr. J. Wölfle,  
Dr. D. Schnabel, Dr. S. von Sengbusch

\*der Einsatz des Plurals bezieht sich auf alle Geschlechter

## 1. Berichte aus den AGs

### 1.1. AG Diabetes – Diagnostische Aspekte

Moderation/Organisation: P. Beyer/R. Holl

#### Ist die Frakturrate bei Diabetes erhöht?

S. Bechtold-Dalla Pozza

In der Literatur wird vielfach von einer diabetischen Osteopathie berichtet. Inwieweit dies auch für das Kindesalter zutrifft ist unklar. Verschiedene pathophysiologische Mechanismen können zur Störung des Knochenstoffwechsels bei Diabetes Typ 1 beitragen: Hypoinsulinismus, Hyperglykämie oder reduzierte Spiegel an IGF-I und BP3 Messungen der Knochendichte erbrachten widersprüchliche Daten. Als Endpunkt eines gestörten Knochenmetabolismus gilt die Frakturrate. Metaanalysen im Erwachsenenalter legen eine deutlich erhöhte Frakturrate nahe. Epidemiologische Daten zur Frakturrate im Kindesalter fehlen vollständig. Im Rahmen der DPV könnten solche Daten prospektiv erhoben werden. Diese Untersuchung erscheint sinnvoll, um eine Risikoabschätzung für Frakturen bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ I geben zu können.

#### Pubertärer Wachstumsspurts und Pubertätsverlauf bei Diabetes mellitus: Beziehung zur Stoffwechseleinstellung

M. Hamm, B. Gohlke, J. Wölfle

1310 Patientendaten wurden nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich HbA1c Verlauf und Wachstumsgeschwindigkeit aus der DPV Datenbank ausgewertet.

Es zeigte sich ein mittlerer HbA1c Anstieg von 7,3% mit 7- 7,5 Jahren auf 8,3% mit 15,5 – 16 Jahren. Bis zum Alter von 10 Jahren fand sich kein signifikanter Unterschied im HbA1c Anstieg bei Jungen und Mädchen. Die Jungen zeigten einen insgesamt günstigeren HbA1c Verlauf als die Mädchen. Lediglich vor und während des maximalen Wachstumsspurts (im Alter von 12-14 Jahren) war der HbA1c Anstieg der Jungen und damit folgend der HbA1c höher als bei den Mädchen.

Der HbA1c Anstieg der Mädchen war mit 10-11 Jahren (ein Jahr vor der max. WG) und mit 15-16 Jahren (nach Durchlaufen der „körperlichen“ Pubertät) signifikant höher als der HbA1c Anstieg der Jungen. Die mediane Wachstumsgeschwindigkeit der männlichen Diabetiker war im Vergleich zu den Daten nach Brandt/Reinken um 1,1 cm reduziert.

Die weiblichen Diabetikerinnen zeigten einen steileren Abfall der Wachstumsgeschwindigkeit.

Es gibt also Zusammenhänge zwischen geschlechtsspezifischer Pubertätsentwicklung und HbA1c Anstieg. Neben hormonellen Ursachen könnte eine geschlechtsdifferente Verarbeitung chronischer Erkrankungen eine Erklärung für die unterschiedlichen HbA1c Verläufe sein.

#### Update: Euro-WABB-Kooperation

J. Rohayem

Das EURO-WABB-Projekt wurde von europäischen Klinikern und Grundlagenforschern (auf Initiative von N. Jaffré/Frankreich und unter der Leitung von T. Barrett/UK) im Jahre 2010 ins Leben gerufen. Neben der Errichtung einer Datenbank, die Patienten mit einem seltenen Diabe-

tes-Syndrom (Wolfram-Syndrom, Alström, Bardet-Biedel u.a.) erfasst und eine detaillierte phänotypische Charakterisierung der Syndrome ermöglicht, war es bisher Ziel der Kooperation, Behandlungs-Leitlinien und eine molekulargenetische Analyse der Syndrome europaweit verfügbar zu machen (siehe [www.euro-wabb.org](http://www.euro-wabb.org)).

Derzeit (Stand 10/2013) sind 133 Patienten mit einem Wolfram-Syndrom im Register registriert, davon sind 40 Patienten von/über die deutsche Kooperations-Partnerin Fr. Dr. Julia Rohayem (Kontakt: [Julia.Rohayem@ukmuenster.de](mailto:Julia.Rohayem@ukmuenster.de)) rekrutiert worden. Darüber hinaus sind 71 Pat. mit einem Alström- und 75 Pat. mit einem Bardet-Biedel-Syndrom erfasst. Zukünftig sollen über das Register therapeutische Interventionsstudien (insbes. für das Wolfram-Syndrom) ermöglicht werden.

### **Psychiatrische Begleiterkrankung bei Diabetes – wie erkennen?**

D Hilgard

Nach der Bella-Studie (KIGGS 2008) zeigen 22% der Kinder Zeichen psychischer Störungen. Das bedeutet, auch bei Kindern und Jugendlichen muss mit psychiatrischen Komorbiditäten gerechnet werden, insbesondere Ängste, Depressionen, Störung des Sozialverhaltens und ADHS. An verschiedenen Problemsituationen werden wichtige für den Diabetesalltag relevante kinderpsychiatrische Differentialdiagnosen diskutiert. In den Erwägungen bei schwierigen diabetologischen Behandlungssituationen sollten neben ADHS, überflutenden Emotionen aber auch Begabungsprobleme, Dyskalkulie und Legasthenie berücksichtigt werden. Durch adäquate Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten können beachtliche Verbesserungen der Stoffwechselsituation gelingen.

### **Neonataler Diabetes: neue Erkenntnisse - neue Projekte**

T. Meissner

Der neonatale Diabetes ist eine seltene, sehr heterogene Form des Diabetes. Verschiedene genetische Defekte können zum transienten oder persistierenden neonatalen Diabetes führen.

Bei einer gründlichen klinischen Aufarbeitung der Patienten können sich Hinweise auf den konkreten zugrundeliegenden Defekt ergeben. Wichtige Parameter sind dabei das Geburtsgewicht, die Familienanamnese (Diabetes? Konsanguinität?), aber auch verschiedene klinische Befunde (ZNS-Anomalien, Augenanomalien, Taubheit, Enteropathie, Ekzeme, Infektionen, Thyreoiditis, Hypothyreose, Herzfehler, Cholestase, Nierenanomalie, Tubulopathie, Exokrine Pankreasinsuffizienz, Intestinale Atresie, Gallenblasenaplasie u.a.) Dementsprechend wird anhand der Klinik eine gezielte Molekulargenetik durchgeführt.

Am häufigsten finden sich Veränderungen auf Chromosom 6q24 oder in den Genen KCNJ11, ABCC8, INS.

In DPV sind derzeit 225 Patienten erfasst. Ziel von gemeinsamen Projekten ist eine genaue Erfassung der klinischen Merkmale sein. Dies soll ermöglichen, auch seltene genetischen Ursachen zu ermitteln. Darüber hinaus ist insbesondere der klinische Verlauf von Patienten mit Mutationen in KCNJ11 und ABCC8 wichtig, da diese Patienten zumeist mit oralen Sulfonylharnstoffen behandelt werden können.

Die Teilnehmer der AG-Sitzung zeigten sich sehr motiviert, Daten beizutragen und befürworteten ein solches Projekt.

## **1.2. Bericht über die Sitzung der AG Historie**

V. Hesse

In einer einführenden Übersicht (V. Hesse, Berlin) wurde die Entdeckungsgeschichte der Hypophysenhormone, sowie die der Sexualhormone vorgestellt. Weiterhin wurden die Einführung der Releasinghormonteste erwähnt und der große Fortschritt der in den letzten 30 Jahren durch die neue Diagnostikmethoden bei der Abklärung endokriner Erkrankungen erreicht wurde, aufgezeigt. Hinsichtlich der hormonellen Substitutionstherapie wurde der Beginn der Hormonersatztherapie mit Hormonextrakten demonstriert. Besonders eingegangen wurde auch auf die positiven Ergebnisse der Leitlinien Erarbeitung der DGKED.

Eine neue Betrachtung von "aktueller" Historie stellt die erstmalige Einführung eines Themenkomplexes „Was wurde aus dem Patienten?“ dar.

Anhand des Schicksals von ehemaligen Patienten der pädiatrischen Endokrinologie im Erwachsenenalter soll eine Weiterverfolgung des Krankheitsbildes ermöglicht werden, insbesondere z. B. eine spätere noch exaktere Diagnosestellung oder positive oder negative Veränderungen des Schicksal der betroffenen Patienten zur Kenntnis gebracht werden.

In 4 Kasuistiken wurden verschiedene endokrine Erkrankungen vorgestellt. So stellten W. Hoepffner, G. Scherer, G. J. Kim (Leipzig, Freiburg) den Krankheitsverlauf von 2 Geschwistern mit 46, XY - DSD dar. Beide Geschwister hatten einen intersexuellen Phänotyp, dessen Ätiologie 1997 unklar war. Im Jahre 2012 gelang es in asservierten Blutproben ein heterozygote Deletion innerhalb der Kontrollregionen des SOX9-Gens zu finden. Die nunmehr 32 und 35 Jahre alten attraktiven jungen Frauen haben eine überzeugende weibliche Geschlechtsidentität und sind in ihrem Beruf erfolgreich.

Interessant war auch die Darstellung einer Patientin mit einem 21-Hydroxylasemangel der Nebennierensteroidsynthese, die sich in Ihrer Geschlechtsidentität maskulin fühlte (C. Vilsner, Jena). Die Substitutionsbehandlung der Patientin war unbefriedigend, da zunächst die Eltern und später auch die Patientin selbst, die Substitutionstherapie nur nachlässig wahrnahmen. So kam es zum Teil zu lebensbedrohlichen Krisen. Die Patientin lebt jetzt in einer lesbischen Partnerschaft.

Spannend war auch die Darstellung einer Familie bei der drei Generationen an einem Hypoparathyreoidismus erkrankt sind (K. Mohnike und K. Ziegenhorn, Magdeburg). Das Schicksal der einzelnen Betroffenen wurde dargestellt und die entsprechenden klinischen, hormonellen, metabolischen und weiteren Befunde präsentiert.

Der Verlauf eines Morbus Cushing, der bei einer Patientin im Alter von 13 Jahren auftrat und dessen Diagnostik nicht eindeutig war, wurde von der Arbeitsgruppe A. Keller, E. Keller, W. Hoepffner, Leipzig, M. Mix, Rostock und C. Strasburger, Berlin vorgestellt. Die Beherrschung des Hypercortisolismus erfolgte mit niedrigen Dosen von Lysodren (o,p-DDD). Die Patientin hat ein gesundes Kind geboren, danach kam es im Alter von 32 Jahren zum erneuten Auftreten der Cushingsymptomatik. Nunmehr wurde mit verbesserten Diagnostik ein drei mm großes Hypophysenadenom nachgewiesen, das operativ entfernt werden konnte. Die Patientin hat jetzt 2 Kinder und kann eine normale Berufstätigkeit in der Landwirtschaft ausüben.

Alle Kasuistiken konnten mit Patientenfotos überzeugend präsentiert und eindrucksvoll belegt werden.

Der Themenblock: „Was wurde aus dem Patienten“ sollte als „Historie aktuell“ möglichst in Zukunft auch in Verbind-

ung mit Erwachsenenendokrinologen weiter verfolgt werden. Die Thematik führt zu einer Erweiterung der Kenntnisse, entspricht einem humanistischen Anliegen und trägt auch zu der wichtigen Nachkontrolle unserer pädiatrisch-endokrinologischen Tätigkeit bei.

---

### 1.3. AG Wachstum und Hypophyse

G. Binder, R. Pfäffle

An der AG Wachstum und Hypophyse nahmen 75 Kollegen teil und diskutierten lebhaft. Prof. Helmuth Dörr (Erlangen) rief zur Teilnahme an einer Lebensqualitäts-Studie von Prof. Bullinger (Hamburg) auf, die mit dem Fragebogen QoLISSY in Kooperation mit Prof. Dörr SGA/GHD-Kinder im Alter zwischen 8 und 18 Jahren bei Start und +1 Jahr der GH-Therapie nach ihrem Befinden befragt. Als Kontrolle sollen Kinder mit idiopathischem Kleinwuchs herangezogen werden. Kontakt über [j.quitmann@uke.de](mailto:j.quitmann@uke.de). Der zweite Tagungsordnungspunkt war die anstehende Aktualisierung der GHD-Diagnostikleitlinie zum Juni 2014. Autoren und Evidenzgrad sollen gleich bleiben. Es wurde zur Meldung von Schwächen und Fehlern der aktuellen LL aufgerufen. Meldungen an [gerhard.binder@med.uni-tuebingen.de](mailto:gerhard.binder@med.uni-tuebingen.de) bis 25. Februar 2014.

Prof. Kratzsch berichtete über eine Leipziger Studie zum evidenzbasierten GH cut-off im Immunoassay mittels retrospektiver Evaluation von klinischen Daten (Cresnet) und eingefrorenen Seren. Außerdem führte er die GH-Messung durch Tandem-Massenspektrometrie ein, die in Zukunft sich zu einem Goldstandard der GH-Messung entwickeln könnte.

Abschließend berichtete Prof. Binder über die Tübinger Transitionsstudie, die eine hohe Korrelation des im GHRH-Arginin-Test ermittelten GH-Maximums nach 3 Monaten GH-Pause mit den Veränderungen der DEXA-Körperzusammensetzung nach 6 Monaten bei jungen Männern mit IGHD ergab. Diese Korrelation war bei Frauen nicht vorhanden.

---

### 1.4. AG Nebenniere

W. Bonfig

Frau Claahsen van der Grinten referierte über Pathophysiologie und Therapie von TART bei AGS. Zurzeit gibt es keine evidenzbasierten Therapieleitlinien. Probatorisch wird eine ACTH-supprimierende hochdosierte Glukokortikoidtherapie (auch mit Dexamethason) versucht, auf die jedoch nicht alle Patienten ansprechen. Auch die Testis-sparende Chirurgie kann die Fertilität meistens nicht erhalten. Spätestens ab Pubertätsbeginn sollte bei Jungen mit AGS ein sonographisches TART-Screening begonnen werden und Patienten mit TART sollte eine Spermienkryokonservierung zumindest angeboten werden.

Herr Bonfig stellte die pharmakokinetischen Studien zu Retard-Hydrocortison (Chronocort® und Plenadren®) bei Erwachsenen mit primärer Nebenniereninsuffizienz vor. Es bestand Konsens, dass Retard-Hydrocortison eine attraktive Therapieoption auch bei Kindern und Jugendlichen mit AGS darstellt, dass jedoch vor dem Einsatz bei Kindern und Jugendlichen pharmakokinetische Untersuchungen in dieser Altersklasse durchgeführt werden müssen.

Im Rahmen des TAIN-Projektes ([www.tain-project.org](http://www.tain-project.org)) wurden von Frau Spielmann und Herrn Blankenstein drei Teilstudien vorgestellt:

1. Feldstudie zur Dosisgenauigkeit von manuell hergestellten Hydrocortison Kapseln (nur ca. 80% der untersuchten Kapseln liegen im Toleranzbereich von 85%-115% bzgl des Wirkstoffgehaltes). Kapseln von Patienten können von jedem kinderendokrinologischen Zentrum zur Kon-

trollmessung eingeschickt werden! Weitere Informationen sind auf der angegebenen Homepage zu finden!

2. klin. Phase 3 Studie zu Infacort Tabletten 0,5/1,0/2,0/5,0 mg. Untersucht werden

3 Altersgruppen: <28 Tage, >28 Tage bis <2 Jahre, >2 Jahre

Problem: Rekrutierung der Neugeborenen unter 28 Tagen – Hier wird um Hilfe durch die kinderendokrinologischen Zentren der DGKED gebeten, um die erforderliche Patientenzahl zeitnah zu erreichen.

Es besteht, das Angebot, dass das Studienteam in die Klinik reist, wenn ein Patient in die Studie eingeschlossen wird.

Eine Information zum Beginn der Studie folgt Ende 2014!

3. CAH Websurvey -läuft noch! Nur 10 Fragen, online zu beantworten.

Teilnahme bis Ende Januar noch möglich unter [www.tain-project.org](http://www.tain-project.org)

Im Rahmen des I-DSD Projektes, Glasgow (europäische DSD Patientendatenbank), soll auch eine I-CAH Datenbank für wissenschaftliche Projekte etabliert werden. Bisher sind bereits 400 Patienten mit AGS in der Datenbank.

Aus der AQUAPE AGS Datenbank werden zurzeit zwei wissenschaftliche Fragestellungen bearbeitet: CYP21A2 Molekulargenetik (S. Riedl) und Blutdruck bei AGS (W. Bonfig). Nach einem Aufruf von Herrn Dörr sollen auch alle Patienten mit nicht-klassischem AGS (früher: late-onset AGS) in die Datenbank eingegeben werden.

Im Jahr 2014 steht die Überarbeitung der AGS Leitlinie an, hierfür haben sich Frau Claahsen und Herr Bonfig gemeldet.

Als weiteres Projekt soll eine Glukokortikoid-Ausschleich-Empfehlung nach Langzeit-Glukokortikoid-Therapie erarbeitet werden. Für dieses Projekt hat Herr Völkl hat sich gemeldet.

---

### 1.5. AG Diabetesschulung

K. Lange, S. von Sengbusch

Im Fokus dieser Sitzung zur Schulung in der pädiatrischen Diabetologie standen Berichte über neue Leitlinien, aktuelle Entwicklungen und neue kreative Konzepte für Folgeschulungen. Karin Lange stellte die in 2013 publizierten evidenzbasierten Leitlinien vor: 1) Diabetes und Psychosoziales (DDG 2013); 2) Nationale Versorgungsleitlinie: Strukturierte Schulungsprogramme Diabetes (DDG 2013); 3) Europäische Empfehlungen zur Diabetesschulung, die sich aus dem SWEET-Projekt (2012) ergeben haben. Alle Leitlinien beschreiben wiederholte qualifizierte Schulungen als unverzichtbares Element der Langzeitbetreuung in der pädiatrischen Diabetologie.

Das etablierte zertifizierte Diabetesbehandlungs- und -schulungsprogramm für 6- bis 12-jährige Kinder konnte in der nun vorliegenden 4. Auflage inhaltlich und im Layout vollständig überarbeitet werden. Alle Abbildungen wurden dazu von Steffi Krohmann, einer Kölner Graphikerin, farbenfroh und lebendig neu gestaltet. Das Programm zur Schulung von Eltern von Kindern mit Typ-1-Diabetes (Hürter et al. 2012) wurde 2013 auf der Grundlage der publizierten Evaluation und durch die DDG zertifiziert. Die Akkreditierung im Rahmen des DMP-Typ-1-Diabetes Pädiatrie durch das BVA wird angestrebt. Sowohl für das Kinder- als auch das Elternschulungsprogramm wurde ein differenziertes Curriculum in 2013 publiziert, das kostenlos über die Website von KompaS (open access: [www.patientenschulung-kompas.de](http://www.patientenschulung-kompas.de)) eingesehen werden kann.

Neu entwickelte pädiatrische Diabetesschulungsprogramme konzentrieren sich auf Folgeschulungen und Gruppen

mit speziellem Bedarf. Sarah Bläsing und Kerstin Remus (Hannover) stellten das Curriculum eines Programms für Kinder mit Diabetes vor dem Schuleintritt „Fit für die Schule“ dar. Ein Arbeitsbuch mit Unterlagen für Kinder und Trainer ist in Vorbereitung.

Martin Holder (Stuttgart) berichtete über den Stand eines CGM-Schulungsprogramms für Jugendliche und Eltern von Kindern mit Diabetes. Derzeit wird von einer Arbeitsgruppe der AGDT ein Programm für Erwachsene mit Typ-1-Diabetes entwickelt. Darauf aufbauend soll in 2014 ein spezifisch pädiatrisches CGM-Konzept durch eine Arbeitsgruppe aus der AGPD erstellt werden.

Das „Delfin-Programm“ (Das Elternprogramm für Familien von Kindern mit Diabetes) konzentriert sich auf spezifische Erziehungsfragen und Alltagskonflikte, mit denen sich Eltern im Alltag auseinandersetzen müssen. Heike Saßmann (Hannover) hat dazu auf der Grundlage erziehungswissenschaftlicher und kinderpsychologischer Kenntnisse ein Trainingsprogramm erstellt und in einer Pilotstudie evaluiert. Das Programm wird in 2014 in Seminaren vorgestellt und soll bundesweit evaluiert werden. Interessierte Teams sind eingeladen, sich daran zu beteiligen.

Schließlich wurde das ModuS-Konzept (Modulare Schulung für chronisch kranke Kinder, Jugendliche sowie deren Familien) vorgestellt, das im Rahmen eines BMG-Projekts unter der Federführung von Rüdiger Szczpanski (Osnabrück) entwickelt und evaluiert wurde (Materialien s. [www.patientenschulung-kompas.de](http://www.patientenschulung-kompas.de)). Das Programm stellt eine Blaupause zur Erstellung von Schulungen bei seltenen Erkrankungen im Kindesalter dar. Sogenannte generische Module, z. B. Vorbereitung, Organisation, psychosoziale Themen, Adhärenz, sind dabei für viele Krankheitsbilder in gleicher Weise nutzbar. Sie werden durch krankheitsspezifische Module ergänzt (z. B. PKU, nephrotisches Syndrom, PID, chronischer Bauchschmerz, CF und andere), in denen die Therapie im Alltag und bei akuten Komplikationen bearbeitet wird. Als Grundlage des ModuS-Programms wurden etablierte Schulungsprogramme zum Asthma und zum Typ-1-Diabetes genutzt. Mit dieser Verknüpfung wird das Ziel verfolgt, dass erfahrene Schulungskräfte an Kinderkliniken qualifizierte Schulungen für Kinder mit verschiedenen Krankheiten und deren Eltern anbieten können.

---

## 1.6. AG Knochenstoffwechsel

D. Schnabel

Der Vorstand der DGKED hat die AG Knochenstoffwechsel gebeten, eine Stellungnahme zum Vitamin D zu erarbeiten. In Vorbereitung wurden dazu von Mitgliedern der AG Ergebnisse der Literaturrecherchen vorgestellt:

C. Land, München, zeigte die Probleme der laborchemischen Bestimmung von 25-OHD auf: automatisierte Immunoassays messen meist zu niedrig, Goldstandard ist die GC/MS-Analytik. Die Bestimmung ist grundsätzlich keine Kassenleistung. Die Abrechnungsmöglichkeit bei V.a einen schweren Vitamin D-Mangel (cut-off-Wert < 20 ng/ml bzw. 50 nmol/l) sollte aber gegeben sein. S. Bechtold-Dalla Pozza, München, gab einen sehr ausführlichen Überblick über die Literatur zu den Themen Vitamin D und Krebsrisiko (Kolon, Magen), kardiovaskuläre Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen (Diabetes, MS, M. Crohn), Asthma, Adipositas, Schwangerschaft/Frühgeburtlichkeit. Fazit: es bestehen Assoziationen, der mögliche Nutzen der Vitamin D-Therapie muss noch in RCT's geklärt werden. D. Schnabel, Berlin, wies noch einmal auf die hohe Vitamin D-Prävalenz in Deutschland hin (60% bei den deutschen Kindern/Jugendlichen, 75% bei denjenigen mit Migrationshintergrund). Des Weiteren gab er einen Überblick über RCTs über den Einfluss der Vitamin D-Supplementierung/Therapie auf das Immunsystem (Pneumonie, Infekte der

oberen Luftwege). C. Grasemann, Essen, fand in ihren Recherchen nur Einzelfälle von Hyperkalzämien unter hochdosierter Vitamin D-Therapie. Gefährdet sind Patienten mit CYP24A1-Mutationen. Insgesamt hat Vitamin D eine große therapeutische Breite (tox. Konz. > 150 ng/ml). A. Moss, Ulm, gab einen Überblick über die Vitamin D-Versorgung in Deutschland. Die alimentäre Zufuhr liegt deutlich unterhalb von 100 IU/Tag, so dass über Alternativen zur Deckung des täglichen Vitamin D-Bedarfs von 600 IU/Tag (Empfehlung DGKJ) besonders in den Wintermonaten nachzudenken ist. Die AG wird ihre Arbeit an der Stellungnahme fortsetzen.

---

## 1.7 AG DSD/Störungen der Geschlechtsentwicklung

A. Richter-Unruh

Prof. Dr. Olaf Hiort, Lübeck, berichtet über den Zwischenstand der klinischen Studie „Testosteron versus Estradiol bei kompletter Androgenresistenz“. Die Rekrutierungsphase für die Studie konnte verlängert werden. Es werden dringend noch Studienteilnehmerinnen benötigt, um die Studie erfolgreich abschließen können. Frau PD Dr. Köhler, Berlin, informiert über den Rekrutierungsstart der europäischen Studie von 15 multizentrischen Zentren „DSD life“ zur Verbesserung der klinischen Betreuung von Menschen mit verschiedenen funktionellen Beeinträchtigungen der Keimdrüsen und Nebennieren. Weitere Informationen über <http://www.dsd-life.eu>. Angeregt von Frau Dr. Köhler werden multidisziplinäre Konzept für die Betreuung von von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Kliniken aufgezeigt. Diese aufwendigen Sprechstunden sollten in der Finanzierung unterstützt durch Land und Bund werden.

Frau Prof. Dr. Annette Richter-Unruh, Münster, gibt einen kurzen Überblick über die mögliche Tumorentstehung in den Gonaden und die Abschätzung eines Entartungsrisikos. Die Entscheidung zu Gonadektomie ist jeweils im Einzelfall abzuwägen. Abschließend berichtet sie über den Stand der Überarbeitung der S2-Leitlinie DSD. Für August 2014 wird die Fertigstellung geplant, nächstes Leitlinienarbeitstreffen findet am 15.03.2014 in Düsseldorf statt. Informationen über Frau Richter-Unruh.

---

## 1.8 AG Pubertät und Gonaden

J. Rohayem

Dr. Dr. C. Rüffer-Hesse (Klinik für Psychiatrie der Med. Hochschule Hannover) berichtete, dass ein Unbehagen bezüglich der eigenen Geschlechterrolle nur in 2-25% bis in Erwachsenen-Alter persistiere. Sie wies auf den Stellenwert der psychiatrischen Exploration bei der Diagnose einer Geschlechts-Dysphorie hin. Eine wichtige Voraussetzung für jegliche somato-medizinische Maßnahmen sei eine ausreichende emotionale, kognitive und psychosoziale Reife des Kindes oder Jugendlichen einerseits und das Aufdecken von Entwicklungsdefiziten, Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrischen Begleit-Erkrankungen andererseits. Eine mindestens einjährige Alltags-Erprobung in der sozialen Rolle des Wunschgeschlechtes sollte vor jeglicher hormontherapeutischer Maßnahme erfolgen.

Frau Prof. Dr. A. Richter-Unruh (Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, UKMünster) wies darauf hin, dass Störungen der Geschlechtsdifferenzierung als wichtige Differentialdiagnose der Transsexualität bei der Diagnosestellung in Betracht zu ziehen sind. Sie brachte Fallbeispiele, in denen, bei zunächst unbekanntem männlichen Karyotyp, die Aufzucht im weiblichen Geschlecht erfolgte und ein Unbehagen in der zugeordneten Geschlechterrolle entweder bereits im frühen Kindesalter oder in der Adoleszenz

zutage trat. Bei diesen Fällen wurde daraufhin erst eine Störung der Androgen-Biosynthese diagnostiziert (17 $\beta$ -HSD- oder ein 5 $\alpha$ -Reduktase-Defekt).

Herr PD Dr. A. Wüsthof (Endokrinologikum Hamburg) erörterte die Möglichkeiten des therapeutischen Vorgehens bezüglich einer endokrinen Therapie im Kindes- und Jugendalter. Laut nationalen und internationalen Experten-Meinungen sollte eine Therapie mit GnRH-Analoga frühestens ab einem Tanner-Stadium 2 erfolgen. Eine feminisierende und maskulinisierende endokrine Therapie sollte frühestens ab dem 16. LJ erfolgen und eine geschlechtsumwandelnde chirurgische Maßnahme („sex reassignment surgery“) nicht vor dem 19.LJ. Anhand kasuistischer Beispiele brachte er Argumente für eine frühe Pubertätsunterdrückung und den frühen Beginn einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie. Er betonte die Notwendigkeit des vorherigen Gutachtens eines Gender-Spezialisten (d.h. eines im Thema erfahrenen Kinder- und Jugendpsychiaters) vor Durchführung dieser Therapie, zum sicheren Ausschluss psychiatrischer Differentialdiagnosen und zur Sicherung der Tatsache, dass es sich um eine persistierende Störung handelt.

Frau Dr. J. Hackl (Universitäts-Frauenklinik Erlangen) erläuterte, dass die Ziele der endokrinen Therapie im Erwachsenenalter bis zur geschlechtsangleichenden Operation bei M zu F-Transsexuellen die Suppression der testikulären Androgenbiosynthese sei. Diese kann mittels GnRH-Analoga (Leuprorelin, Triptorelin) oder Antiandrogen-Therapie erfolgen. Zur Feminisierung rät sie von dem Gebrauch von oralen Kontrazeptiva ab. Stattdessen sei die transdermale Applikation oder i.m.-Applikation von Östradiol-Valerat zu bevorzugen. Bei F zu M- Transsexuellen sei die i.m.-Gabe von Testosteronundecanoat ausreichend, um die hypothalamisch-hypophysäre Aktivität und somit die ovarielle Stimulation zu supprimieren und gleichzeitig eine ausreichende Virilisierung zu erzielen.

---

## 1.9 AG Qualitätssicherung-AQUAPE

K. Mohnike

Die Arbeitsgruppe 'Qualitätssicherung-AQUAPE' ist auf Beschluß des APE-Vorstandes im Jahre 2000 gegründet worden. Alle DGPEd-Mitglieder sind aufgefordert, aktiv an beiden Qualitätszirkeln zum AGS und angeborener Hypothyreose teilzunehmen. Für die AG-Sitzung in Hannover wurde die AGS-Initiative e.V. eingeladen, die Erwartungen der Patientenvertreter (Frau B. Claße) darzustellen. Der DGKED-Sprecher Herr Prof. B. Hauffa betonte die Zielstellung der DGKED, alle Mitglieder in den nächsten Jahren in den Qualitätszirkel einzubinden.

---

## 1.10 AG Adipositas

S. Wiegand

Es wurde diskutiert, ob die AG in der bestehenden Form fortgeführt werden soll. Dabei wurde der Wunsch nach einer intensiveren Kooperation der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) mit der DGKED formuliert und ein entsprechender Antrag bei der Mitgliederversammlung gestellt.

Weiterhin wurden 2 Impulsreferate gehalten und weiterführend diskutiert:

- Prof. Dr. D. I´Allemand (St. Gallen): Essstörungen bei Adipositas- Ursache oder Folge?
- PD Dr. S. Wiegand (Berlin): Prader-Willi-Syndrom- nicht nur eine Sonderform der Adipositas.

Dabei wurde erneut die Frage nach S2-Leitlinien für die

Behandlung von PWS gestellt (soll weiterführend mit Prof. Hauffa diskutiert werden).

Für die JAPED 2014 wird die Planung eines gemeinsamen Symposiums AGA/DGKED angestrebt.

---

## 1.11 AG-Pädiatrische Endokrinologie

C. Brack, K. Hartmann

Hauptthema des Treffens der AG-Pädiatrische Endokrinologie auf der JA-PED 2013 in Hannover war die neue Regelung des Einheitlichen Bewertungs-Maßstabs (EBM) durch die Kassenärztliche Vereinigung, Berlin (KBV).

Als niedergelassene pädiatrische Endokrinologen rechnen wir bei Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nach dem EBM-Schlüssel ab. Folgende wichtige Parameter kommen in der neuen EBM-Regelung zur Abrechnung:

Versicherungspauschale < 4 Jahre  
Vorhaltepauschale hausärztl. Versorgung  
Chroniker-Pauschale  
individuellerArztbrief  
Ärztl. Gespräch  
Sozialpädiatr.Chronikerpauschale  
Endopauschale

Ein wichtiger Punkt der Abrechnung für den pädiatrischen Endokrinologen ist die zusätzliche ENDO-Pauschale mit dem Betrag von 16,82 € pro Quartal und Patient. Der neue EBM wird von den jeweiligen Landes-KV'en umgesetzt und an die niedergelassenen Pädiater ausbezahlt. Bei dem hiesigen Treffen zeigte sich, dass die Umsetzung und Honorierung in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt wird und sehr intransparent ist. Viele Kollegen bekommen trotz abgeschlossener Weiterbildung und Zulassung als pädiatrischer Endokrinologe dieses ENDO-Zusatzhonorar nicht ausbezahlt. Da häufig auch andere gravierende Kürzungen des EBM im Rahmen des Regelleistungsvolumen noch hinzukommen, zeigt sich, dass inzwischen bei fast allen niedergelassenen pädiatrischen Endokrinologen eine massive Unterdeckung der Kosten für die Endopraxis vorliegt. Aus diesem Grunde sind wir zu dem Schluss gekommen innerhalb der Gruppe eine Umfrage über den Zeit- und Kostenaufwand für den Betrieb der Endopraxis durchzuführen und werden diese Ergebnisse mit dem Berufsverband und der KBV zu diskutieren. Es wäre auch wünschenswert Informationen über die Kostendeckung der Endoambulanzen in den einzelnen Kliniken zu erhalten, gegfls. durch eine gemeinsame Kooperation/Umfrage.

---

## 3.12 AG Glukosemonitoring

M. Hader, D. Deiss

Die AG Glukosemonitoring informiert über die neuesten Entwicklungen im Bereich der Kontinuierlichen Glukosemessung (CGM) und Sensorunterstützten Insulintherapie (SuP/SuT), Geräte und Studien werden aktuell vorgestellt und relevante Empfehlungen für den praktischen Alltag gegeben. In Zusammenarbeit mit der AG Insulinpumpentherapie im Kindesalter (AGIP) werden Studien, Leitlinien und aktuelle Vorgehensweisen besprochen. Eine aktive Mitwirkung ist erwünscht.

Aktuell stellte Simone von Sengbusch ausführlich die Voraussetzungen bei der Beantragung einer Kostenübernahme für eine dauerhafte CGM dar und erläuterte, welche Schwierigkeiten derzeit bestehen. Der erst seit kurzem vorhandene standardisierte Antrag der AGPD/AGDT zur Kostenübernahme im Sinne einer Begutachtung einer neuen NUB wurde ausführlich vorgestellt und diskutiert (zu finden unter [www.diabetes-kinder.de](http://www.diabetes-kinder.de))

### 1.13 AG Folgeerkrankungen, assoziierte Erkrankungen bei Diabetes

K.O. Schwab

In der AG Folgeerkrankungen und assoziierte Erkrankungen des Diabetes haben wir über den Stand gemeinsamer Forschungsanträge und über zwischenzeitlich erschienene sowie eingereichten Publikationen informiert. Wir besprachen ein kürzlich publiziertes Projekt von Axel Dost, Jena, das den Blutdruck und die Blutdruckamplitude als Risikofaktor für die Atherosklerose beim Typ 1 Diabetes mellitus zum Thema hatte. Schließlich diskutierten wir den Einfluss von Atorvastatin auf die small dense LDL-Subfraktionen und PAF-AH im Rahmen einer doppelt blind, Placebo kontrollierten Multicenter-Studie, über die Andreas Krebs, Freiburg, berichtete.

### 1.14 AG Insulin-Pumpentherapie im Kindes- und Jugendalter

B. Heidtmann, K. Mönkemöller

Thema waren die verschiedenen Möglichkeiten der Basalratenanpassung im Alltag durch die Patienten bzw. ihre Familien.

Folgende Möglichkeiten der Basalratenanpassung werden genutzt:

- Verschiedene Profile
- Prozentuale Absenkung
- Prozentuale Erhöhung
- LGS, automatische Abschaltung

Grundvoraussetzung für die Basalrate ist ein regelmäßiger Tagesablauf ohne Besonderheiten. Unterschiedliche Tagesabläufe, die eine Veränderung der Basalrate erfordern, sind zum Beispiel:

- Alltag, Wochenende, Urlaub
- Krankheit
- Sportliche Aktivitäten, Ausflüge, Shoppen
- Kindergeburtstage
- Hormonelle Schwankungen
- Party, Kontrollverlust, Partnerschaft.

Die Patienten werden darin geschult, solche Anpassungen durchzuführen. Gründe, dies im Alltag nicht zuverlässig zu tun, sind im Wesentlichen, dass der Patient und die Familien zu unsicher/ängstlich in der Handhabung sind.

Im Gegensatz dazu gibt es Patientengruppen, die das Verändern der Basalrate als Möglichkeit „etwas zu tun“ nutzen. Dann sind die Maßnahmen durch Patient oder Eltern für das behandelnde Team (fast) nicht nachvollziehbar. Gleichzeitig ist es für die Patienten schwer, häufige, bis zu mehrfach tgl. Anpassungen zu dokumentieren.

In der Arbeitsgruppe wurden folgende Regeln für die Basalratenanpassung besprochen:

Basalratentests werden gemacht, wenn man sie braucht, tendenziell eher seltener, Beispiele sind BZ-Schwankungen oder die Nacht

Basalratenanpassung bei BZ-Schwankungen frühestens nach 3-5 Tagen

#### 1. Mehrere Basalraten

Wann?

Wochenende, intensiver Sport, Menstruation, Zeitonenwechsel

#### 2. Prozentuale Anpassung

Wann?

Krankheit, Sport, Shoppen, Menstruation, Party, Tanzen, Alkohol

Wie viel?

In individueller Absprache mit den Patienten

Wie lange?

In individueller Absprache mit den Patienten

### 1.15 AG Kinder- und Jugendpsychiatrische Aspekte der Kinderdiabetologie

D. Hilgard

In der AG Kinder- und Jugendpsychiatrische Aspekte der Kinderdiabetologie (PPAG e.V.) wurden folgende Themen behandelt:

- Bericht von der Arbeit der PPAG
- Die Stellungnahme der PPAG zur Kindeswohlgefährdung bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. Von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurde dieses Thema intensiv bearbeitet und im März 2013 einstimmig verabschiedet. Die Stellungnahme ist unter [www.ppag-kinderdiabetes.de](http://www.ppag-kinderdiabetes.de) im Internet abrufbar und soll bei Problemsituationen in der Kommunikation mit den Familien und den Jugendämtern helfen. Anwendungshilfen für Eltern, Jugendämter und Diabetesteams werden folgen.
- Eingehend wurde das Thema: „Stressarmer Umgang mit hyperglykämischen BZ-Werten“ besprochen. Viele junge Menschen mit Diabetes fühlen sich stark belastet, emotional beeinträchtigt. Daraus folgen dysfunktionale Handlungen oder Handlungsunfähigkeit wider besseres Wissen. Herr Dr. M. Meusers berichtet über Angststörungen und die Bedeutung für den Diabetes. Ein positiver Umgang („Herausforderung“) mit hohen BZ-Werten zur psychischen Entlastung der Patienten wurde diskutiert.
- Darstellung von Fallvignetten

## 2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und AGPD (JA-PED) 2013 in Hannover: Stipendiaten und Preisträger

Ein herzlicher Dank geht an die Tagungspräsidenten der Hannoveraner JA-PED 2013 Frau PD Dr. Heger und Herrn Prof. Dr. Danne für die das ausgezeichnete wissenschaftliche Programm und das großartige Ambiente.

### Leonard-Thompson-Gedächtnispreis 2013 gestiftet von Sanofi-Aventis

Dr. Martin Holder, Olgahospital, Stuttgart: Prävention der Diabetischen Ketoazidose im Kleinkindalter zum Zeitpunkt der Diabetesmanifestation



Christine Willner (Sanofi-Aventis), Dr. Martin Holder, Dr. Ralph Ziegler

**Weiterbildungsstipendium der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -Diabetologie e.V. (DGKED) gefördert durch eine Spende von der Firma Ipsen**

Dr. Carmen Sydlik, Kinderklinik Passau, aufnehmende Klinik: von Hauernsche Kinderklinik, München



Dr. Clemens Wilbert (Ipsen Pharma), Dr. Carmen Sydlik, Prof. Dr. Berthold Hauffa

**Posterpreis der DGKED e.V. 2013 gestiftet von Sandoz**

Isabel Mönig/Ralf Lünstedt  
Patienten mit Disorder of Sex Development (DSD) und 5 neuen heterozygoten Mutationen des Steroidogenic Factor-1 (SF-1, NR5A1) zeigen eine große phänotypische Variabilität



Dr. Heide Sommer (Sandoz), Ralf Lünstedt, Isabel Mönig Prof. Dr. Berthold Hauffa

**Nachwuchspreis "STEPS-Award" 2013 gestiftet von Merck Serono GmbH**

Dr. Heike Hoyer-Kuhn  
Frakturen bei hoher Knochendichte - Osteogenesis imperfecta ?



Dr. Nadine Nazari (Merck Serono), Dr. Heike Hoyer-Kuhn, Prof. Dr. Berthold Hauffa

Dr. Michaela Hamm  
Pubertärer Einfluss auf die metabolische Kontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1



Dr. Heide Sommer (Sandoz), Dr. Michaela Hamm, Prof. Dr. Berthold Hauffa

Der Jürgen-Bierich-Preis und der Klaus Kruse-Preis wurden 2013 nicht vergeben

### 3. JA-PED 2014 Leipzig

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

Gemeinsam mit den Tagungspräsidenten Herrn Prof. Dr. Pfäffle und Herrn Prof. Dr. Kapellen laden wir Sie herzlich zur diesjährigen, mittlerweile 9. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V., vom 07. - 11. November 2014 nach Leipzig ins Neue Augusteum ein.

Die diesjährige JA-PED steht unter den folgenden Themen-schwerpunkten:

- Adipositas – Präventionskonzepte, Therapien
- Lipodystrophien
- Langzeitbeobachtung und Outcome bei endokrinologischen Patienten
- Transition
- ADHS und Diabetes
- Wachstumshormonbehandlung bei seltenen Indikationen
- Diabetes – auf den Hund gekommen
- Endokrinopathien und Autoimmunität

Schon jetzt können Sie Ihr Abstract zur Tagung einreichen. Wir freuen uns auf die Einreichung zahlreicher Beiträge, um mit Ihrer Beteiligung ein spannendes wissenschaftliches Programm gestalten zu können. Abstract Deadline ist der 30. 06 2014.

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

Weitere Informationen finden Sie ebenfalls auf der Kongresshomepage unter: [www.ja-ped.de](http://www.ja-ped.de).

---

### 4. Stipendien, Preise und Deadlines 2014

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

#### **Jürgen-Bierich-Preis 2014**

Deadline: 01. 09. 2014

#### **Weiterbildungsstipendium der "Kinderendokrinologie und -diabetologie" 2014**

Deadline: 01.08.2014

#### **Klaus-Kruse-Stipendium 2014**

Deadline: 30. September 2014

#### **Dietrich-Knorr-Preis 2014**

Deadline: 30. September 2014

#### **STEPS-Award 2014**

Deadline: 06. Juli 2014

#### **Sandoz-Posterpreis 2014**

anlässlich der JA-PED 2014

#### **ESPE-Reisestipendium 2014**

15.06.2014

**Alle Ausschreibungen im Detail finden Sie auf unserer Homepage:** [www.dgked.de](http://www.dgked.de)

### 5. Dietrich-Knorr Preis Neuer Wissenschaftspreis wird erstmals auf der JA-PED 2014 in Leipzig vergeben

Es freut uns sehr, Sie darüber informieren zu können, dass die Familie der Wissenschaftspreise, die unsere Fachgesellschaft vergeben kann, Zuwachs bekommen hat. Es handelt sich um den etablierten, in Endokrinologenkreisen gut bekannten Dietrich-Knorr-Preis, der nach dem Wunsch der Stifter (Prof. Sippell und Prof. Dörr) und des Sponsors (Fa. Ferring) ab der nächsten JA-PED in Leipzig regelmäßig auf unseren Jahrestagungen von der DGKED verliehen wird. Dieser Preis ist für unsere Fachgesellschaft eine Ehre und eine Verpflichtung. Wir bitten Sie freundlich, die Ausschreibungsbedingungen gründlich zu studieren und sich zahlreich mit Einreichungen zu beteiligen. Insbesondere die Arbeitsgruppenleiter sind hier gefragt, ihre jungen Mitarbeiter auf den Preis aufmerksam zu machen. Bitte beachten Sie dazu die Deadline, den 30.9.2014.

---

### 6. Neues aus dem Vorstand

Den Vorstand haben viele Mails erreicht, in denen der Umgang mit dem Versenden von Veranstaltungshinweisen diskutiert wurde. Aus vereinsrechtlichen Gesichtspunkten hat sich der Vorstand mit seinem Beschluß vom 28.03.2014 nun für folgendes Prozedere entschieden: Mit dem Vereinszweck vereinbare Veranstaltungen ohne Sponsoring oder mit Industriesponsoring werden über den Verteiler der DGKED angekündigt. Mit dem Vereinszweck vereinbare Veranstaltungen, die durch die Industrie organisiert, durchgeführt und abgerechnet werden, werden ausschließlich durch die Industrie angekündigt. Zur Beantwortung von Detailfragen steht Ihnen im Vorfeld einer Ankündigung der Geschäftsstellenleiter, Herr Seel, zur Verfügung.

---

### 7. Diskussion

Nach der Vorstellung der EU-Studie dsd-LIFE [DGKED-Website/Aktuelles] erreichte uns ein Diskussionsbeitrag unseres Mitglieds, Herrn Lars Glöckner, 1. Vorsitzender der Deutschen Klinefelter Syndrom Vereinigung e.V., den wir auf unsere Homepage eingestellt haben [DGKED-Website/Aktuelles].

---

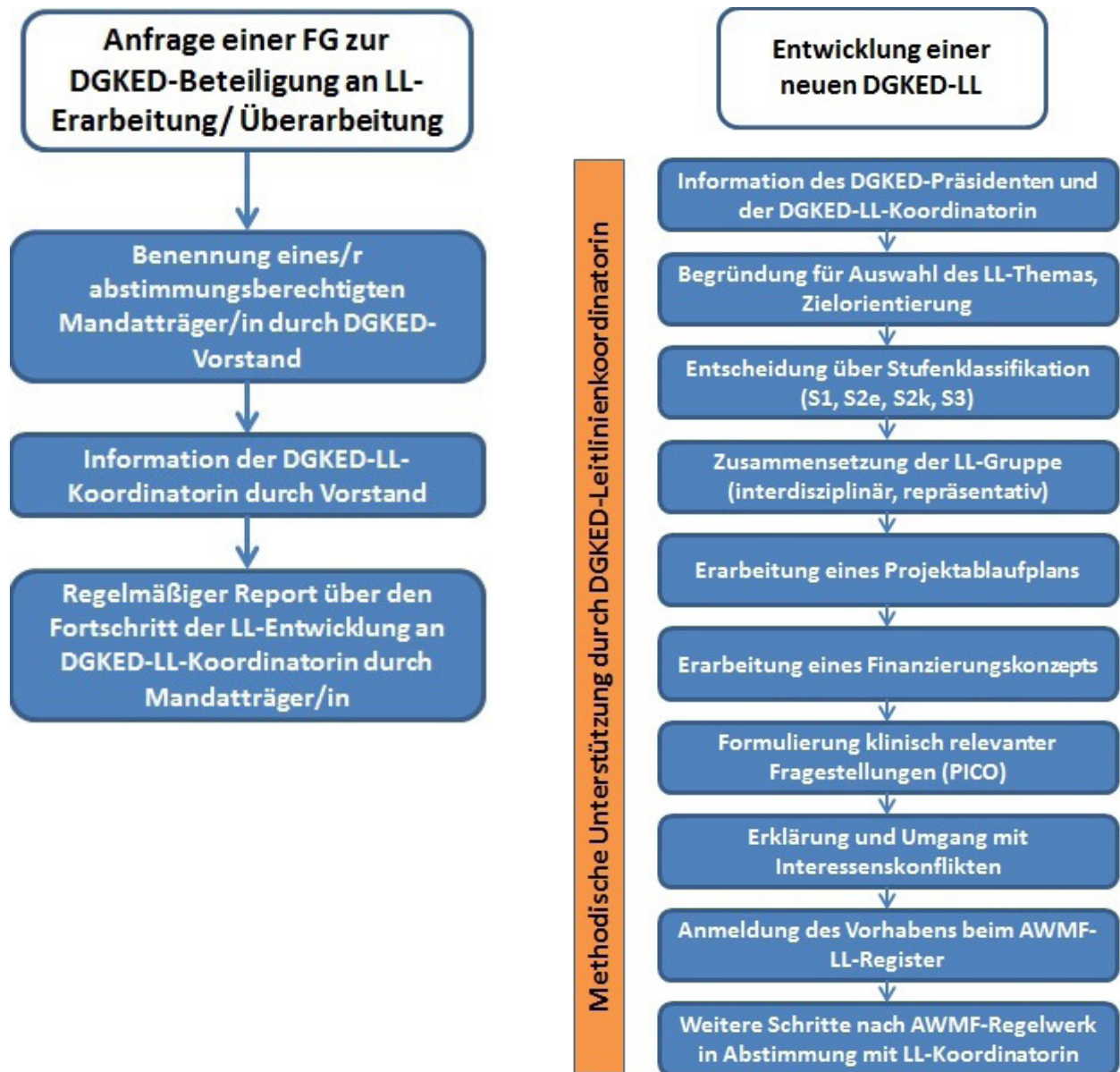
### 8. Personalien

Prof. Dr. Werner Blunck, Hamburg, der Initiator und Mitbegründer der bundesrepublikanischen Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Endokrinologie (APE - Vorgängerorganisation der DGKED) wurde 80 Jahre - wir gratulieren! [DGKED-Website/Aktuelles]



## 9. Vorgehensweise bei der Erstellung von Leitlinien - ein kurzer Leitfaden für Interessierte

Die Leitlinienarbeit der DGKED e.V. soll besser strukturiert und damit transparent gemacht werden. Eine zentrale Koordination ist hierbei essentiell und wird von Frau Dr. Moss (AWMF-Leitlinienberaterin) übernommen. Im Zuge dessen wurde eine SOP erarbeitet, die von den DGKED-Leitlinien-Autoren bzw. den Mandatsträger/innen der DGKED zu beachten ist. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: [anja.moss@uniklinik-ulm.de](mailto:anja.moss@uniklinik-ulm.de).



### Impressum

Redaktion: Berthold Hauffa, Wolfgang Seel  
Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zum Newsletter; bitte schicken Sie diese an:  
[w.seel@dgked.de](mailto:w.seel@dgked.de)  
V.i.S.d.P.: Prof. Dr. B. Hauffa  
Geschäftsstelle DGKED e.V.  
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e.V. (DGKED) | [www.dgked.de](http://www.dgked.de)  
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin |  
Tel. +49 (30) 28 04 68 04 | Fax +49 (30) 28 04 68 06