

bvkJ.

Zeitschrift des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Heft 12/09 · 40. (58.) Jahr · A 4834 E

KINDER- UND JUGENDARZT

Forum:
Bad Orb 2009

Fortbildung:
Scharlach

Berufsfragen:
Jahresrück-
und -ausblick

Magazin:
Bücher für
große und
kleine Leser

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



© bilderbox – Fotolia.com



Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gempff, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf

Inhalt 12 | 09

Forum

- 791 **Jahresausklang 2009**
Wolfram Hartmann
- 792 Vermischtes
- 793 **Bad Orb 2009 – Das
chronisch kranke Kind**
Christoph Kupferschmid
- 799 **Bericht aus einem interdis-
ziplinären Qualitätszirkel**
Annette Schlicke,
Elke Jäger-Roman,
Gabriele Kewitz
- 801 Vermischtes
- 802 **Viel hilft nicht (immer) viel**
Hermann Kühne
- 805 **Das Leser-Forum**
- 806 **Eine Frage an Dr. Thomas
Fischbach**

Fortbildung

- 809 **Scharlach**
Helmut Helwig,
Hansjörg Cremer
- 816 **Pädiatrische Aspekte der
reisemedizinischen Bera-
tung**
Stephan Heinrich Nolte
- 824 **Consilium Infectiorum:
Ist der Nachweis von MRSA
bei einem Kind mit atopi-
scher Dermatitis eine Indi-
kation für eine Therapie?**
Cord Sunderkötter
- 826 **Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften**
- 828 **Welche Diagnose wird
gestellt?**
Antonia Kienast

Berufsfragen

- 831 **Jahresrückblick 2009**
Wolfram Hartmann
- 833 **Neue Mitgliedsbeiträge des
BVKJ ab 1.1.2010**
Tilman Kaethner
- 834 **Schwerpunktpädiatrie
trifft Selbsthilfe**
Stefan Eber
- 837 **Zahl der angestellten
Ärzte/innen in den MVZ
steigt**
Wolfgang Gempff
- 838 **Vor- und nachstationäre
Krankenhausbehandlung**
Roland Ulmer
- 839 **Haftungsrisiken im ver-
zahnten Gesundheits
wesen – Wer haftet bei
Behandlungsfehlern**
Hans-Jürgen Nentwich
- 841 **Der Stille-Post-Effekt –
oder mehr?**
Kirsten Stollhoff,
Klaus Skrodzki
- 842 **Zwanzig Jahre Deutsche
Akademie für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.**
Karl Ernst von Mühlendahl

Magazin

- 845 **Auslese 2009: Bücher für
große und kleine Leser**
Maria Linsmann
- 848 **Lebensgefährliche Hilfe im
kongolesischen Bürger-
krieg**
Wolfgang Gempff
- 848 Tagungen
- 849 **Ehrungen Bad Orb 2009**
Wolfgang Gempff
- 850 Fortbildungstermine des
BVKJ
- 851 **Laudatio zum 65. Geburts-
tag von Bernd Simon**
Wolfram Hartmann
- 851 Praxistafel
- 852 Buchtipp
- 853 **Die Welt der Kinder im
Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 854 Personalia
- 856 **Nachrichten der Industrie**
- 860 Wichtige Adressen und
Impressum

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Programmheft für den 16. Kongress für Jugendmedizin, Weimar, ein Prospekt der Firma Hogrefe Verlag, Göttingen, ein Flyer der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie, München, eine Information der Firma Stada GmbH, Bad Vilbel, und ein Supplement der Firma Wyeth Pharma GmbH, Münster, bei.

Sowie als Teilbeilage das Programmheft der 8. Pädiatrie alla Kart, Dortmund.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Serie: Exanthematische Kinderkrankheiten

Scharlach – eine klar definierte akute Streptokokken-Infektion mit Exotoxinbedingtem Exanthem und Enanthem

Der Scharlach ist eine Streptokokken-bedingte Infektion der oberen Atemwege verbunden mit einem charakteristischen Enanthem und Exanthem. In diesem Beitrag sollen gezielt die Bilder des Scharlach dargestellt werden, da die Illustrierungen in der Literatur eher spärlich sind.

Über die Gesamtproblematik der Erkrankungen durch β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A (GABS) gibt es eine sehr umfangreiche Literatur, auf die hier nur im Zusammenhang mit dem Scharlach hingewiesen werden soll.

Erreger^{1-3, 5-10}

Scharlach wird verursacht durch β -hämolisierende Streptokokken der Lancefield-Gruppe A (GABS) mit Produktion von pyrogenem Exotoxin (erythrogenes Toxin), von dem 4 bekannt sind. Eine Infektion mit einem der an der Oberfläche der GABS exprimierten > 100 bekannten M-Protein-Typen induziert nur Antikörper gegen das jeweilige M-Protein. Rezidive sind häufig Re-Infektionen mit einem anderen M-Typ. Die Typisierung erfolgt aufgrund der Sequenzierung der Gene der M-Proteine (emm-Gene), von denen > 150 bekannt sind⁸. Sie vermitteln keine lebenslange Immunität. Scharlach-Rezidive und Re-Infektionen sind daher nicht auszuschließen.

Bestimmte GABS-Sero-Typen sind mit Erkrankungen des Rachens, andere vornehmlich mit Haut-, Wund- oder septischen Infektionen korreliert; andere eher mit nicht eitrigen Folgekrankheiten wie akutem rheumatischem Fieber (ARF) (Serotypen M 1,3,5,6,18,19,24)^{1,8}.

Übertragung und Übertragungsmodus^{1-3, 5-9}

Tröpfcheninfektion durch unbehandelte Erkrankte, ausnahmsweise auch durch infizierte Gegenstände.

Auch kontaminierte Speisen und Milch haben gelegentlich zu lokalen Ausbrüchen geführt. Ein spezielles Problem stellten dabei Salate mit hartgekochten Eiern dar.

Rektale und anale Keimträger können zu Infektionsausbrüchen besonders im Krankenhaus führen.

Die **Inkubationszeit** beträgt 2–4 Tage.

Die **Infektiosität** ist am größten während der akuten Krankheitsphase. Sie erlischt 24 Stunden nach Beginn einer wirksamen antibiotischen Behandlung; unbehandelt kann sie mehrere Wochen andauern, was für Fälle von Therapieverweigerung von Bedeutung ist.

Symptomlose Keimträger sind selten infektiös.

Epidemiologie^{1, 3, 5-9}

Typische Scharlach-Erkrankungen sind im Vergleich mit der Streptokokken-Angina heute deutlich seltener.

Im Säuglingsalter kommt Scharlach praktisch nicht vor. Hier kann es jedoch zu einem Streptokokken-Fieber mit prolongierten subfebrilen Temperaturen, einem generalisierten Effekt auf die Lymphknoten und einer persistierenden Rhinorrhoe ohne Entzündungszeichen im Rachen kommen, sog. Streptococcosis.

Scharlach tritt am häufigsten im Alter von 4–12 Jahren auf.

Alters-Verteilung und andere epidemiologische Gesichtspunkte entsprechen der Streptokokken-GABS-Pharyngitis.

Zur Zeit werden eher milde Verlaufsformen beobachtet, und das akute rheumatische Fieber (ARF) ist selten.

In den späten 80er-Jahren kam es in West-Europa zu einer vorübergehenden deutlichen Zunahme der Erkrankungshäufigkeit. Zur gleichen Zeit traten in Nordamerika scharlachähnliche Exantheme mit schweren systemischen Manifestationen einschließlich Fasciitis, Myositis und adultem Atemnot-Syndrom (ARDS) auf, mit einer hohen Mortalität bis 30%.

Symptomlose Keimträger, bzw. -Ausscheider sind im Kleinkindesalter häufiger als im Schulkindes- und Erwachsenenalter.

Die Streptokokken-Pharyngo-Tonsillitis zählt zu den häufigsten bakteriellen Infektionen im Kindesalter, mit einem Gipfel in der Altersgruppe der 4–7-jährigen. Die Zahl der jährlichen Erkrankungen wird für Deutschland auf 1–1,5 Millionen geschätzt.

Rezidive resp. Re-Infektionen sind möglich, wegen der verschiedenen M-Typen (s.o.).

Eine Meldepflicht bestand in den Bundesländern Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen⁸. Hier wurden 1999 7.572 Scharlach-Fälle gemeldet, bei hoher Dunkelziffer.

Eine Streptokokken Pharyngotonsillitis oder nur der Nachweis von GABS im Rachen ist nicht mit Scharlach oder „Scharlach-Erregern“ gleichzusetzen!



Prof. Dr.
Helmut Helwig
Prof. Dr.
Hansjörg Cremer



Abb. 1:
Enanthem
am Gaumen

Typenspezifische Antikörper gegen M-Proteine sind erst 6–8 Wochen nach einer akuten Infektion nachweisbar.

Mund- und Rachenbefund

Der Untersuchungsbefund im Pharynx ist identisch mit einer GABS-Pharyngitis, mit einem deutlichen Enanthem am Gaumen (Abb. 1-3).

Zunächst ist die Zunge weißlich belegt, die Papillen sind geschwollen. Nach der Desquamation der Zunge sind ab etwa dem zweiten Tag die geröteten Papillen prominent und geben der Zunge das bekannte Bild der Himbeer- oder Erdbeerszunge.



Abb. 2:
Himbeer-
zunge

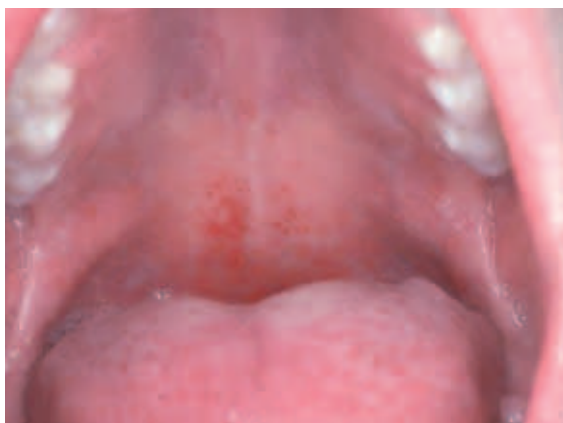


Abb. 3:
Enanthem,
3. Rezidiv



Abb. 4: Typisches Exanthem am Stamm

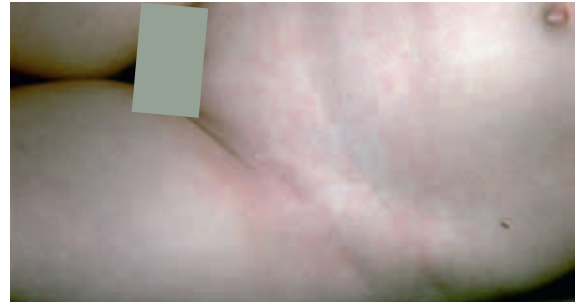


Abb. 5: Typisches Exanthem am Unterbauch



Abb. 6: Typisches Exanthem am Unterbauch



Abb. 7: Exanthem am Stamm, Ausschnitt

Exanthem

Diffuses, dichtes, fein papuläres uniformes Exanthem, das innerhalb weniger Stunden bis Tagen nach Symptombeginn auftritt, aber auch schon mit den ersten Krankheitszeichen erscheinen kann.

Es beginnt am Stamm und Hals, am stärksten ausgeprägt am Unterbauch und in der Leistenregion, mit rascher Ausbreitung auf die Extremitäten. Das generalisierte Exanthem gibt der Haut einen rasenförmigen, rauhen Charakter (Abb. 4-7).

Die erythematösen Effloreszenzen sind von leuchtend roter Farbe und blassen typischerweise auf Druck ab.

Die Intensität ist besonders ausgeprägt an Ellbogen, Axillen und am Stamm. Das Gesicht ist meist ausgespart, obwohl die Wangen gerötet sein können, bei blassem, ausgespartem Munddreieck (periorale Blässe) (Abb. 8). Bei Rezidiven u.U. atypische Exanthemverteilung mit perioralem Befall (Abb. 9).

In den Gelenkbeugen können sich Petechien ausbilden.

Nach 3–4 Tagen klingt das Exanthem ab, gefolgt von einer Desquamation, im Gesicht beginnend, nach kaudal fortschreitend, ähnlich einem Sonnenbrand.

Dabei kommt es zu einer typischen flächigen Ablösung der Haut um die Fingernägel, die Zehen, Hand- und Fußflächen (Abb. 10–11).

Diagnostik^{1,3, 5-9}

In typischen Fällen ist die Diagnose auf Grund des klinischen Bildes mit einem Erregernachweis im Rachenabstrich nicht schwierig.

Die Zuverlässigkeit wird ganz wesentlich von der Qualität des Abstrichs beeinflusst:

- Der kulturelle Nachweis mit Bestimmung der Serogruppe, aus Tonsillen- oder Wundabstrichen, Punktaugen oder Blutkulturen ist die Methode der Wahl (Sensitivität und Spezifität > 92,5 %).
- Schnelltests auf dem Boden eines Antigen-Nachweises sind weniger sensitiv. Bei negativem Ausfall ist eine kulturelle Untersuchung erforderlich zum Ausschluss oder Nachweis einer Infektion. Im Akutfall kann gleichzeitig mit dem Schnelltest ein zweiter Rachenabstrich abgenommen und zur kulturellen Untersuchung eingesandt werden, falls der Schnelltest negativ ausfällt. Unter einer Penicillin-Behandlung werden die Schnelltests bereits nach 24 Std. negativ.
- Antikörper-Nachweise, wie Antistreptolysin-O.-Antikörper und Anti-DNase-B-Antikörper sind bei Verdacht auf Streptokokken-Folgekrankheiten sinnvoll.

Differentialdiagnose^{1-3, 5-7, 9}

Milde Formen mit weniger charakteristischem Rachenbefund können mit einem Virusexanthem verwechselt werden. Auch die Kawasaki-Krankheit, Arzneiexantheme oder Staphylokokken-Infektionen können mit einem skarlatiniformem Exanthem verbunden sein.

Hilfreich ist eine bekannte Exposition zu GABS-Infektionen.

Schwierig kann die Differenzierung zu einem Exanthem bei einer Virusinfektion des Rachens im Rahmen einer EBV-Infektion mit positivem Streptokokken-(Träger-)Nachweis sein.

Therapie und Verlauf¹⁻¹¹

Standard zur Behandlung aller GABS-Infektionen ist nach wie vor die 10-tägige Behandlung mit einem Oralpenicillin, vorzugsweise Penicillin V, 50(-100.)000 IE/kg KGW/Tag in 2–3 Einzeldosen:



Abb. 8: Gesichtserythem, Munddreieck ausgespart

- 2–3 x tgl. 250 mg oder 2–400.000 IE für Kinder < 30 kg,
- 2–3 x tgl. 500 mg oder 4–800.000 IE für Kinder > 30 kg.

Da eine optimale Resorption nur bei Nüchtereinnahme von Oralpenicillinen garantiert ist, sollte so früh wie möglich auf feste Penicillin-V-Zubereitungen übergegangen werden.



Abb. 9: Scharlach-Rezidiv mit atypischer Exanthemverteilung im Gesicht

Abb. 10:
Schuppung
im Hand-
bereich,
2. Woche



Abb. 11:
Zehen-
schuppung,
2. Woche



- Der Einsatz von Benzathin-Penicillin G i.m. 0,6–1,2 MEGA I.E.³ einmalig ist Sonderfällen vorbehalten, wenn eine Compliance für die orale Penicillin-Behandlung nicht zu erreichen ist.

In einer vergleichenden randomisierten DGPI-Studie (Scholz et al.) bei 4782 Kindern mit GABS-Tonsillopharyngitis konnte nachgewiesen werden, dass eine 5-tägige Behandlung mit *Cefuroximaxetil*, *Loracarbef* oder *Amoxicillin-Clavulansäure* keine schlechteren Ergebnisse erbrachte wie die 10-tägige Behandlung mit Penicillin V.

Eine Penicillin-Resistenz von GABS wurde bisher in Deutschland nicht beobachtet.

Bei Penicillin-Allergie: Makrolide, z.B. *Erythromycin* 30–50 mg/kg KGW/Tag in 2 ED; hier kommen Resistenzen besonders bei verbreiteter Anwendung vor. Auch Oralcephalosporine der 1. Generation (*Cephalexin*, *Cefadroxil*, *Cefuroximaxetil*) können bei Nichtanwendbarkeit von Oralpenicillinen eingesetzt werden.

Unter wirksamer Therapie tritt innerhalb von 24–48 Stunden Fieberfreiheit und Beschwerdefreiheit ein. Ab dem 2.–3. Therapietag besteht keine Infektiosität mehr.

Der Behandlungserfolg sollte bei erhöhtem Risiko für akutes rheumatisches Fieber (ARF) oder bei weiter bestehenden Symptomen durch Rachenabstrich-Kontrolle 2–4 Tage und 2 Monate nach Therapie-Ende kontrolliert werden.

Zum Ausschluss eines ARF bzw. einer akuten Glomerulonephritis (AGN) empfiehlt sich innerhalb von 14 Tagen nach Therapie-Ende eine kardiologische Kontrolle und ein Morgenurin auf Erythrozyten.

Bakteriologische Therapieversager kommen in allen Therapiestudien mit 10–12% vor; bei Berücksichtigung der Serotypen nur um 4%. Bei mangelhafter Compliance ist die Versagerquote bis zu 3 x höher.

Klinische Therapieversager sind bei guter Compliance mit <5% selten.

Seit Einführung der Penicillin-Therapie, aber auch infolge veränderter Epidemiologie, hat die Häufigkeit des ARF dramatisch abgenommen.

Komplikationen

Toxische Frühkomplikationen:

- Der **toxische Scharlach** mit foudroyantem Verlauf, mit interstitieller Nephritis, Myokarditis, ZNS-Beteiligung und Schleimhautblutungen ist heute selten.
- Das **Streptococcal Toxic Shock Syndrome (STSS)**³ ist vom toxischen Scharlach abzugrenzen durch:

I. Isolierung von GABS

- A. aus einer normalerweise sterilen Körperstelle (Blut, Liquor, Pleura- oder Peritonealsekret, Biopsat, Wunde),
- B. aus einer nicht sterilen Körperflüssigkeit oder -stelle (Rachen, Vagina, Sputum, oberflächl. Hautverletzung).

II. Klinische Symptome:

- A. Hypotension, systol. RR < 5. Perzentile,
- B. Zwei der folgenden Veränderungen:
 - Niereninsuffizienz: Kreatinin (≥ 2 mg/dl oder Verdoppelung eines vorbestehenden Wertes);
 - Gerinnungsstörungen (Thrombozyten < 100.000/ μ l oder disseminierte intravasale Gerinnung);
 - Leberbeteiligung: GOT, GPT oder Bilirubin (> doppelte Norm oder doppelter Ausgangswert);
 - Adultes Atemnotsyndrom (ARDS);
 - Generalisierter erythematöser Ausschlag (\pm Blasenbildung);
 - Weichteilnekrose (nekrotisierende Fasciitis oder Myositis, Gangrän).

Als gesichert gilt die Diagnose bei Vorliegen von I A + II (A + B), als wahrscheinlich bei Vorliegen von I B und II (A + B) und Ausschluss einer anderen Ursache.

Das **Scharlach-Rheumatoid** ist eine reaktive Poststreptokokken-Arthritis und vom rheumatischen Fieber deutlich zu unterscheiden.

Bakterielle Komplikationen: Peri- und Retrotonsillarabszess, Otitis media, Sinusitis, Lymphadenitis colli, Sepsis, Meningitis, Osteomyelitis.

Im Übrigen sind alle Komplikationen von GABS-Infektionen, insbesondere auch invasive systemische Infektionen, Sepsis, Meningitis, nekrotisierende Fasciitis (besonders beim Zusammentreffen mit Varicellen) möglich.

Folgekrankheiten (ab 2.–3. Krankheitswoche)

- Rezidiv, sog. zweites Kranksein
- Akutes rheumatisches Fieber (ARF) mit hoher Rezi-

divquote bei erneuten GABS-Infektionen. In der 1. Hälfte des vorigen Jahrhunderts eine häufige Erscheinung mit Karditis, heute mit einer Inzidenz von



Abb. 1e:
Erysipel
am Unterschenkel



Abb. 2e:
Erysipel im
Gesicht



Abb. 3e:
Erysipel
am Kopf

1–5/100.000 wesentlich seltener. Regionale Ausbrüche kommen vor.

- Chorea minor
- PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders, associated with streptococcal infections)³: Beginn zwischen dem 3. Lebensjahr und der Pubertät, episodischer Verlauf mit abrupten Exazerbationen, Symptombeginn und Exazerbationen zeitlich mit Streptokokken-A-Infektionen assoziiert, neurologische Auffälligkeiten während der Exazerbationsphasen.
- Akute Glomerulonephritis (AGN) (routinemäßige Urinkontrolle).

Prophylaxe^{1, 3, 4, 7, 10, 11}

Patienten mit rheumatischem Fieber erhalten eine Langzeitprophylaxe mit Penicillin für wenigstens 5–10 Jahre, bzw. lebenslänglich – entweder oral 2 x tgl. 250 mg entspr. 200.000 IE Oralpenicillin oder alle 4 Wochen eine i.m. Injektion mit 1.2 Mio IE Benzathin-Penicillin.

Bei Penicillin-Allergie Erythromycin 2 x tgl. 250 mg.

Eine Umgebungsprophylaxe bei einer oder mehreren Scharlach- bzw. Streptokokken-Tonsillopharyngitis-Erkrankungen ist nur für Wohngemeinschaften, in denen ein Mitglied mit durchgemachtem rheumatischem Fieber (vorzugsweise Geschwister) lebt, in therapeutischer Dosierung für 10 Tage indiziert.

Scharlach-Erkrankungen im Krankenhaus verpflichten zu besonderen Hygienemaßnahmen.

Wiederzulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung unter antibiotischer Therapie und bei Fehlen von Krankheitssymptomen ab dem 2. Tag möglich.

Nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes dürfen Personen, die an Scharlach erkrankt sind, keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den Betreuten haben.

Erysipel

Das **Erysipel** (Abb. 1e-5e) ist eine oberflächliche Cellulitis und eine heute eher seltene Sonderform der akuten GABS-Infektion. Betroffen sind die tieferen Hautschichten und die darunter liegenden Bindegewebe, sowie teilweise auch die angrenzenden Schleimhäute.

Die betroffenen Hautareale sind geschwollen, gerötet, unregelmäßig und scharf begrenzt. Oberflächlich kann es zu Bildung von Blasen mit gelblicher Flüssigkeit kommen, die nach dem Aufplatzen verkrusten.

Charakteristisch ist die scharfe Begrenzung. Gelegentlich kommt es zur geröteten Lymphangitis, ausgehend von der Grenze des Exanthems.

Der Beginn ist abrupt und akut mit den Zeichen der systemischen Infektion mit hohem Fieber. Durch Nadelbiopsie gelingt häufig ein Erregernachweis aus dem entzündeten Areal.

Vornehmlich ist, besonders bei Kindern, das Gesicht betroffen, daneben Extremitäten und Stamm, die Umgebung von chirurgischen oder traumatischen Wunden.



Abb. 4e: blasiges Erysipel im Gesicht



Abb. 5e: blasiges Erysipel im Gesicht

Die Dauer schwankt zwischen einigen Tagen und mehreren Wochen. Rezidive unter der Beteiligung der gleichen Körperregion sind nicht selten.

Eine wichtige Differenzialdiagnose zum Erysipel – insbesondere bei Fehlen von Fieber und Allgemeinbeeinträchtigung – bildet das Erythema migrans als Ausdruck einer lokalen Infektion mit *Borrelia burgdorferi*.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschriften

Für den Text:
Prof. Dr. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
e-mail: hehelwig@web.de

Für die Abbildungen:
Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Dittmarstr. 54
74074 Heilbronn
e-mail: Hj.Cremer@t-online.de
NipD e.V. (www.hautnet.de)

Red.: Christen

Pädiatrische Aspekte der reisemedizinischen Beratung



Dr. Stephan
Heinrich Nolte

Fernreisen stellen oft gerade für Säuglinge und Kleinkinder eine hohe Belastung dar. Somit sollte stets hinterfragt werden, ob die Fernreise notwendig ist bzw. ob die Kinder mitgenommen werden sollen.

In diesen Entscheidungsprozess werden wir Pädiater oft nicht eingebunden und die Zusammenarbeit mit Reisebüros erschöpft sich spätestens an dem Punkt, an dem die Sinnhaftigkeit der Reise an sich infrage gestellt wird. Wenn wir aber gefragt werden, kann es oft sinnvoll sein, den Eltern zu einer Fernreise ohne Kinder zu raten; denn das Gefühl, durch Rücksicht auf die Kinder etwas zu versäumen oder verpasst zu haben, ist nicht selten, und man kann es einem zwei-, dreijährigen Kind sehr wohl zumuten, einmal zwei Wochen von den Eltern getrennt zu sein, wenn es verlässliche und bekannte Bezugspersonen gibt. Für ein Kleinkind ist ein Badeurlaub an der Ostsee allemal sinnvoller.

**Hauptgefahr
Unfälle: Ein
toller Old-
timer auf
Cuba – aber
wie sieht es
mit Sicher-
heitsgurten
und Kinder-
sitzen aus?**

Wichtiger als Erkrankungen sind auch in der Reisemedizin die Unfälle. Das Thema Sicherheit unterwegs steckt voller altersspezifischen und altersunabhängigen Risiken: vom Kleinkind, welches neugierig ist und alles in den Mund steckt, bis zum Jugendlichen, der nach der Devise: „no risk, no fun“ Urlaub machen will. Tropenreisen bergen andere Risiken als eine berufliche Fernreise. Sehr wichtig und mit einigen Tücken versehen sind Migranten – Heimatbesuche, da die für nötig erachteten Vorsichtsmaßnahmen oft nicht vermittelbar sind und der

„enge Kontakt zur einheimischen Bevölkerung“, der in der Reisemedizin ein besonderes „Risiko“ darstellt, hierbei die Regel ist. Daher ist immer eine sehr individuelle Beratung notwendig! Denn es sind zwar nur 4% aller Reisenden Kinder, aber ein Viertel aller reisebedingten Krankenhausaufenthalte betreffen Kinder, und etwa 2% aller pädiatrischen Krankenhausaufenthalte sind Reisefolgen.

Flugreisen – Wie sicher ist Fliegen für Kinder?

Schäden und Todesfälle sind bei Kindern auf dem Schoß der Eltern bei Turbulenzen und Notlandungen beschrieben. Daher empfiehlt die Amerikanische Akademie der Pädiatrie (AAP) im ersten Lebensjahr einen Federal Aviation Authority (FAA)-approved „rear-facing“ Kinder-Sicherheitssitz. Kinder über einem Jahr sollten einen normalen „FAA-approved child safety seat“ benutzen, während Kinder über 18 kg den normalen Sicherheitsgurt benutzen können. Die Praxis sieht aus finanziellen Gründen ganz anders aus, denn die wenigsten leisten sich den Extrasitz, den ein Rückhaltesystem für Kinder kostet. Ein normaler Auto-Kindersitz, den manche als Rückhaltesystem ohnehin für den Mietwagen mitnehmen, eignet sich nicht.

Wie jung ist zu jung zum Fliegen? Man „kann“ bereits mit einem zwei Wochen alten Neugeborenen fliegen, es hängt von der Fluglinie ab: American Airlines beispielsweise erlauben bereits Neugeborenen mit einem entsprechenden ärztlichen Zeugnis zu fliegen. Von der Sache her kann ein gut postnatal adaptiertes Neugeborenes einen Regelflug gut durchstehen. Aber auch hier muss die Frage erlaubt sein, ob der Flug notwendig ist. Ohrenschmerzen können vor allem bei der Landung auftreten. Ein Druckausgleich kann durch Schlucken oder Kauen erfolgen. Säuglinge sollen daher gestillt werden oder an der Flasche nuckeln, für ältere Kinder bieten sich Kaugummis an. Antihistaminika und abschwellende Nasentropfen, meist empfohlen, sind wirkungslos. Es gibt aber keine Belege für Exazerbation oder Verkomplizierung von Mittelohrentzündungen.

Zum **Jetlag**: Kinder passen sich schneller dem Tag-Nacht-Rhythmus an, eine vorbeugende Verschiebung des Rhythmus 2–3 Tage vor Abflug kann sinnvoll sein. Medikamente sind weder geprüft noch sinnvoll (Ben-



zodiazepine: paradoxe Wirkung, Melatonin: Störung der Sexualentwicklung?) Eine Reisekrankheit mit den Symptomen Übelkeit, Erbrechen, Blässe, Schwindel, Kaltschweißigkeit kann sehr belastend sein. Vorsicht mit „Erwachsenen-Medikamenten“ wie Metoclopramid! Möglich sind Diphenhydramin oder Dimenhydrinat. In der Homöopathie kommt mit gutem Erfolg Tabacum oder Cocculus, z.B. in einer C30-Potenz, zur Anwendung.

Vorbeugung nahrungsmittelbedingter Erkrankungen

Hier ist in erster Linie die Wasserhygiene zu nennen. Flaschenwasser („bottled water“) ist am sichersten – auch zum Zähneputzen-, dieses gibt es glücklicherweise auf der ganzen Welt. Die Handhygiene wird oft vernachlässigt, dabei gibt es zum Beispiel in Indien in jedem Restaurant eine Händewaschmöglichkeit mit Seife. Das Handtuch sollte aber besser nicht benutzt werden! Ansonsten gilt die alte Traveller-Weisheit: **Cook it, boil it, peel it or forget it!** Unbestritten ist, dass für Säuglinge das Stillen die beste und sicherste Prävention nahrungsmittelbedingter Erkrankungen ist. Für Kleinkinder kann heute entsprechende Fertignahrung in ausreichenden Mengen mitgenommen werden, aber diese sind in den meisten Ländern der Welt auch erhältlich, allerdings oft zu hohen Preisen.

Unfallverhütung

Die Forderung nach Mietwagen mit Kindersitzen ist in vielen Ländern der Welt nicht erfüllbar, stehen doch oft nicht einmal Sicherheitsgurte zur Verfügung. Man kann Rückhaltesysteme mitnehmen, sie sind aber sehr sperrig; Kombisysteme mit Kinderwagengestell sind zu erwägen. Schon in fremder Umgebung, besonders aber in Ländern mit anderen Sicherheitsstandards muss auf Kindersicherheit geachtet werden: elektrische Anlagen mit freiliegenden Drähten, Steckdosen, Fenster, Gitter, Brüstungen, Treppen... – es ist all das zu bedenken, was auch sonst in fremder Umgebung im Auge gehabt werden muss – nur unter verschärften Bedingungen.

Vorsicht mit Flaschen unbekanntes Inthalt, die Rattegift, Insektizide o.ä. enthalten können. Eine Flasche stellt wie jedes andere Behältnis in armen Ländern einen wertvollen Besitz dar und wird oft anders verwendet als sein Etikett vermuten lässt. Da Cola und Bier weltweit verbreitet sind, sind vermeintlich bekannt vorkommende Cola- und Bierflaschen weltweit durch Umnutzung eine besondere Gefahr. Häufig sind allgemeine Verkehrsunfälle, vor allem aber auch Verbrennungen, die wegen des hohen Verbrauches an Verbandmaterial und hohen Anforderungen an die Hygiene oft schwer zu behandeln sind, eine große Bedrohung.

Allgemeine Vorsichtsmaßnahmen

An Sonnenschutz (wasserfest, SF > 15), Insektenschutz, der auch durch Malariamittel nicht zu ersetzen ist, an die Vorbeugung von Hitzeschäden, Kälteschäden, Höhenkrankheit, Tierbisse (Tollwut) ist zu denken. Das Ertrinken im Ausland ist die zweithäufigste Todesursache.

Reisen mit chronisch kranken Kindern

Da diese Kinder in der Regel in ausreichender medizinischer Kontrolle sind und im Gegensatz zu gesunden Kindern schon im Vorfeld der Reiseplanung der behandelnde Arzt hinzugezogen wird, ist das Reisen gar kein so großes Problem. Dass die notwendigen Medikamente im Handgepäck und nicht im möglicherweise andernorts landenden Koffer mitgeführt werden müssen, kann an der Sicherheitskontrolle Schwierigkeiten machen. Eine entsprechende ärztliche Bescheinigung sollte dabei sein. Auch an Adressenlisten und Notfallmedikamente sowie Verbrauchsmaterialien für die spezielle Erkrankung muss gedacht werden.

- ▶ **Influenza** nicht unter 6 Mon.
- ▶ **Gelbfieber** nicht unter 6 (WHO 9) Mon.
- ▶ **Masern** nicht vor 9 (WHO 6) Mon.
- ▶ **Varizellen** nicht vor 9 Mon.
- ▶ **FSME, Hep A, Jap. Encephalitis, Tollwut Typhus oral:** nicht unter einem Jahr.
- ▶ **Typhus parenteral, Cholera oral, Meningokokken ACWY, Pneumokokken Polysaccharid** nicht unter 2 Jahren

Tab. 1: Altersbeschränkungen bei Impfungen

Reiseimpfungen

Hier gilt in erster Linie: rechtzeitig impfen! Neben den Routineimpfungen der Grundimmunisierung gibt es empfohlene, vorgeschriebene und spezielle, unter Umständen bei uns nicht zugelassene Impfungen. Die Routineimpfungen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Polio, HIB, Hepatitis B (6-fach-Impfung), Pneumokokken, Men. C sowie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken sollten unter der Berücksichtigung der Altersbeschränkungen bei Kinderimpfungen erfolgt sein (Tabelle 1). Speziell bei den mitreisenden Eltern gibt es hier oft Lücken.

Friedliche Koexistenz: WC-Reiniger neben Mayonnaise, Öl und Ketchup in einem afrikanischen Marktstand. Auch bei uns rezeptpflichtige Medikamente sind hier frei erhältlich



Durchfall-
erkrankung als
häufigste Rei-
sekrankheit
und mit Exsik-
kose eine der
Haupttodes-
ursache in ar-
men Ländern,
vor allem im
Verbund mit
Unterernäh-
rung



Bei den speziellen Reiseimpfungen ist Hepatitis A (oder die Kombination A/B) zu nennen, weil die Hepatitis A die häufigste impfpräventable Reiseerkrankung ist. Meist relativ harmlos und bei Kindern unter 2 Jahren fast immer asymptomatisch, führt sie durch Importation häufiger zu kleineren Ausbrüchen. Außerdem nimmt keine Fluglinie einen ikterischen Patienten mit. Immunglobulingaben werden prophylaktisch nicht mehr empfohlen.

An sonstigen Impfungen wird Typhus für Afrika, Asien, Lateinamerika in Abhängigkeit von der Art zu Reisen, insbesondere für Langzeitaufenthalte und Rucksackreisende sowie bei „engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung“, empfohlen. An anderen Impfungen je nach Destination kann Tollwut (an eine mögliche Tollwut nach Kontakt mit streunenden Hunden denken!),



Bild des Au-
tors in einem
Gesundheits-
zentrum in
Ruanda

Japanische Enzephalitis, Cholera oder sogar auch mal die BCG-Impfung infrage kommen.

Vorgeschriebene („amtliche“) Impfung

Die Gelbfieberimpfung ist für das subsaharische Afrika und das tropische Südamerika zu nennen, nicht für Asien. Sie ist gültig, wenn sie 10 Tage vor Ausreise erfolgt ist und muss alle zehn Jahre aufgefrischt werden. Sie ist nicht unter einem Jahr zugelassen, obwohl sie nach WHO mit 9 Monaten, in einigen Ländern schon ab 6 Monaten geimpft werden kann. Die Impfung muss von zugelassenen Impfstellen auf einem amtlichen zugelassenen Formular, mit Siegel und Unterschrift dokumentiert, durchgeführt werden. Eine Meningokokken (ACWY) Impfung ist für alle Menschen über zwei Jahren bei Mekka-Pilgern vorgeschrieben.

Reisediarrhoe

Etwa 1/3 aller Kinder entwickelt mindestens einen Durchfall, definiert als ungeformter Stuhl in doppelter Häufung über 2–3 Tage. Die Erkrankung ist zwar meist selbstlimitierend, dennoch potentiell durch die Dehydratation gefährlich. Zur Prävention von Diarrhoe und Dehydratation als häufigstem gesundheitlichen Problem wird das Stillen empfohlen, die Aufbereitung von Trinkwasser zur Nahrungszubereitung (auch von Eiswürfeln), neben dem genannten Händewaschen die Reinigung von Schnullern, Zahnungshilfen, Spielsachen. Alkoholische Desinfektionsmittel sind möglich, aber sichtbarer Dreck sollte eher mit Wasser und Seife abgewaschen werden. Der Grundpfeiler der Behandlung ist die orale Rehydratation mit ORS-SRO (oral rehydratation solution; solution pour rehydratation orale). Eine solche Zucker-Salzteelösung sollte weltweit erhältlich sein und so früh wie möglich, auch bei Erbrechen löffelchenweise, eingesetzt werden. Die Dosierung sollte unter 10 kg Körpergewicht etwa 60–120 ml pro Durchfall oder Brechen, über 10 kg KG 120–240 ml betragen. Eine Nahrungspause wird nicht empfohlen, gestillte Kinder unbedingt weiterstillen. Durchfall-Diäten sind nicht mehr empfohlen, Formula-Säuglingsnahrung sollen weitergegeben werden, ohne sie zu verdünnen. Kleinkinder sollen normal weitergefüttert werden, wobei Zucker wegen der osmotischen Diarrhoe und fette Speisen wegen des Verzögerns der Magenentleerung ebenfalls gemieden werden sollten. Die „Salzstangen-Cola-Diät“ ist besser als ihr Ruf, da sie eine gute Akzeptanz sowie eine weltweite Verfügbarkeit aufweist. Wegen der Hyperosmolarität durch den Zuckergehalt muss die Cola allerdings 1:1 mit Wasser verdünnt werden, und Cola light sollte nicht zur Anwendung kommen.

Medikamente, insbesondere Loperamid, welches auf keinen Fall unter zwei Jahren gegeben werden soll, werden nicht empfohlen. Racecadotril (Tiorfan®) kann nur bei wässrigen Durchfällen als intestinaler Sekretionshemmer versucht werden. Die Gabe führt zu einer Verkürzung der Durchfalldauer und zu einer Verminderung des Stuhlvolumens. Die Dosierung beträgt 3x10 mg bis 9 kg, 3x20 mg bis 15 kg, 3x30 mg bis 29 kg, ab 30 kg

- **Anmietung geeigneter Räumlichkeiten**
- **Tagungsbüro**
- **Teilnehmerverwaltung**
- **Hotelbuchungen**
- **Industrierausstellung**
- **Referentenbetreuung**

KONGRESS ORGANISATION

Ihr leistungsstarker Partner mit über 30-jähriger Erfahrung

Kompetent bei der Durchführung von

- Kongressen
 - Tagungen
 - Seminaren
 - Symposien (auch via Satellit)
- im gesamten Bundesgebiet und dem benachbarten Ausland.

Lassen Sie sich von uns beraten!

- Bereitstellung modernster Technik und Kommunikationssysteme
- Drucksachen, Herstellung und Versand
- Rahmenprogramm
- PR unterstützende Aktivitäten



Hansisches Verlagskontor

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com · www.schmidt-roemhild.de

Tab. 2: Dosierung einer Malaria-prophylaxe nach Körpergewicht und Alter

▶ Atovaquon / Proguanil:	11–40 kg 62,5/25 mg (entspricht 1 Junior-Tablette pro 10 kg tgl.)
▶ Mefloquin	ab 5 kg 5 mg/kg/Woche
▶ Doxycyclin	ab 8 Jahre 1,5 mg /kg tgl.
▶ Chloroquin Base	5 mg/kg/Woche
▶ Proguanil	3 mg/kg tgl.

3x60 mg. Zwar ist das Medikament für Säuglinge ab drei Monaten zugelassen, es gibt aber bislang keine firmenunabhängige oder kontrollierte Studie. Die Exsikkose ist zwar vor allem im Zusammenhang mit Unterernährung eine der Haupttodesursachen in armen Ländern, jedoch die Schwere des Krankheitsbildes bei Reisenden meist nicht so ausgeprägt, da andere Therapien zur Verfügung stehen, zu denen die einheimische Bevölkerung häufig keinen Zugang hat. Das fängt bei so einfachen Dingen wie aufbereitetem Wasser an.

Malariaprophylaxe

Wenn im Rahmen einer Malaria-Vorbeugung eine Chemoprophylaxe in Betracht kommt, gelten die angegebenen Empfehlungen prinzipiell auch für Kinder, sowohl für die zeitliche Abfolge als auch für die Dauer der Medikation, und zwar für alle Altersgruppen. Eine Ausnahme stellt die Mittelwahl und die Dosierung (Tab. 2) dar sowie das Vorgehen bei Säuglingen. Neugeborene und Säuglinge bis etwa einem halben Lebensjahr lassen sich durch imprägnierte Moskitonetze im Kinderwagen oder Bettchen gut schützen, eine Malariaprophylaxe ist dann entbehrlich. Mefloquin (Lariam®) ist für Kinder unter 5 kg Körpergewicht, Atovaquon-Proguanil (Malarone®) für Kinder unter 11 kg nicht zugelassen, Doxycyclin ist für Kinder unter acht Jahren ungeeignet.

Probleme der praktischen Durchführung einer Malariaprophylaxe

Kann die Tablette überhaupt zuverlässig geteilt werden? Bekanntlich erhalten Kinder meist nur eine geringere Dosis von ausschließlich an Erwachsenen getesteten Arzneimitteln. Praktisch sieht das für die Malariaprophylaxe so aus, dass es Malarone®, zugelassen ab 11 kg, als Junior-Tbl, eine Tbl pro 10 kg KG gibt. Für Chloroquin (z.B. Resochin®) gibt es Kindertabletten zu 50 mg und Saft, die Dosis beträgt dann 5 mg Base pro kg Körperge-

▶ 5-10 kg*	1/8 Tablette**
▶ 10-20 kg	1/4 Tablette
▶ 20-30 kg	1/2 Tablette
▶ 30-45 kg	3/4 Tablette
▶ > 45 kg	1 Tablette

* Für Säuglinge unter 3 Monaten oder einem Körpergewicht von weniger als 5 kg kann Lariam derzeit nicht zur Malariaprophylaxe empfohlen werden, da hier die Erfahrungen noch gering sind.

** Ungefähre Tablettenfraktion basierend auf der Dosierung von 5 mg/kg Körpergewicht

Tab. 3: Dosierung von Lariam® nach der Fachinformation

wicht pro Woche. Proguanil wird täglich, in einer Dosis von 3 mg pro kg KG gegeben (1 Tbl: 100 mg).

Als einziges für Säuglinge ab 5 kg Körpergewicht zugelassene Medikament in Hochrisikogebieten (Falciparum > 85%) ist Mefloquin zu nennen. Eine Tbl. enthält 250 mg, nach der Fachinformation ist die Dosierung nach Körpergewicht 5 mg/kg KG/Woche (Tab. 3). Wie in der Pädiatrie häufig, liegen keine klinischen Prophylaxestudien zur Kinderdosierung vor; es handelt sich hierbei um extrapolierte Werte von Therapiestudien. Die exakte Dosis für Kinder mit einem Körpergewicht unter 10 kg „sollte am besten durch den Apotheker zubereitet und abgegeben werden“ (Zitat aus der Fachinformation).

Basierend auf dieser Information haben wir eine Recherche zu Lariam® durchgeführt. Die Preisspanne im regulären Handel beträgt zwischen 45,09 € (Reimporte) und 57,70 € (Originalpräparat). Das preiswerteste Internet-Apotheken-Angebot verlangt 26,89 €. Die Zubereitung für Kinder nach Körpergewicht soll laut Produktinformation von der Apotheke vorgenommen werden. Nach der Hilfstaxe für Apotheken beträgt der Rezepturzuschlag für die Anfertigung von abgeteilten Pulvern ...und für das Füllen von Kapseln bis zur Grundmenge von 12 Stück 7,00 Euro. Für jede über die Grundmenge hinausgehende kleinere bis gleich große Menge erhöht sich der Rezepturzuschlag um jeweils 50%, somit auf 10,50 Euro.

Wir haben in Marburg und Umgebung im Januar 2009 eine Apothekenumfrage durchgeführt. Es wurde folgender Fall beschrieben: ein 7 kg schwerer Säugling besucht für 4 Wochen seine Familie an der Elfenbeinküste. Es ist eine Malariaprophylaxe mit Lariam® (5 mg Mefloquin kg/KG) verordnet, also sollen Kapseln zu 35 mg hergestellt werden. Die standardisierten Fragen an die Apotheken nach Vorstellung des Falles lauteten: Können Sie das? Was kostet das (keine Kassenleistung)? Wo sollen sich die Patienten sonst hinwenden? Die Ergebnisse der Apothekenbefragung (25 Apotheken) sind überraschend:

4 Apotheken sahen sich außerstande, und verwiesen an andere Apotheken (2), den Hersteller (1), an eine Tropenlinik (1)

17 nannten den Preis, der sich von 57 bis 100 € bewegte (Durchschnitt 79,70 €)

Abendlicher Aufbruch am tropischen Strand: jetzt ist die Stunde der Mückenstiche gekommen und längere Kleidung empfehlenswert!



- 1 Apotheke wollte vorab keinen Preis nennen
1 Apotheke rief nach Rücksprache mit dem Hersteller zurück, Mefloquin sei zu feuchtigkeitsempfindlich. Man solle die Tabletten vierteln, dann in einem Glas Milch auflösen und das halbe Glas trinken lassen (= 1/8 Tablette)
1 Apotheke riet zu Malarone junior (nicht zugelassen unter 11 kg)
2 Apotheken hielten nichts von Malariaphylaxe bei Säuglingen.

Selbst in einer mittleren deutschen Universitätsstadt wie Marburg ist es somit nicht ohne weiteres möglich, Mefloquin in einer kinderadäquaten Dosierung zu bekommen, obwohl der Hersteller in der Fachinformation auf die Notwendigkeit der Herstellung durch den Apotheker verweist. Die genannten Preise sind überhöht: für die Herstellung hätten zwei Tabletten à 250 mg zum Preis von maximal 15 € und einem Zuschlag für 7 € für die Rezeptur genügt. Mehr als 22 € hätte diese Leistung nicht kosten dürfen. Dennoch ist es keine gute Alternative, auf die Apotheken der Reiseländer zu verweisen, denn zwar sind je nach Reiseland dort die Präparate oft erheblich billiger, aber gerade bei Medikamenten ist angesichts der Fälschung von Arzneien die Frage, ob das, was daraufsteht, auch darin enthalten ist.

Zusammenfassung

Das Aufklären über Reiserisiken ist bei Reiseveranstaltern ebenso unbeliebt wie bei den Eltern und unterbleibt daher häufig. Schwangeren und Kindern unter fünf Jahren ist von Tropenreisen grundsätzlich abzuraten. Die Inanspruchnahme einer reisemedizinisch versierten Beratungsstelle (z.B. einer amtlichen Gelbfieberimpfstelle) vor der Reiseplanung bzw. Festbuchung einer Reise ist dringend anzuraten! Unfälle stellen auf Reisen die größte Gefahr dar. Eine Reiseimpfberatung und die Reiseimpfung ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, aber im Erstattungsverfahren möglich. In der Praxis ist die Abgrenzbarkeit der Kassenleistung von der eigentlichen Reiseimpfberatung oft schwierig und für die Patienten nicht einsichtig. Und am Ende vor allem: Wenn es denn sein muss, Gute Reise und sichere Heimkehr! Denn ein „Holt mich hier raus“ gibt es nicht überall....

Interessenkonflikt: Der Autor versichert, dass ein Interessenkonflikt nicht besteht.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt, Neonatologie, Psychotherapie,
Homöopathie – Gelbfieberimpfstelle –
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg
shnol@t-online.de www.nolte-marburg.de

Red.: Riedel

Ist der Nachweis von MRSA bei einem Kind mit atopischer Dermatitis eine Indikation für eine Therapie?

**CONSILIUM
INFECTORUM**

Univ.-Prof. Dr.
Cord Sunderkötter

Frage:

In meiner Behandlung befindet sich ein Säugling mit atopischem Ekzem, der Kontakt zu einer MRSA-besiedelten Person (eine auf der Intensivstation tätigen Krankenschwester) hatte. Die Abstrich in Nase, Rachen und auf der Haut sind positiv, der Keim ist Cotrimoxazol-sensibel.

Wie sollte jetzt weiter vorgegangen werden? Ist eine Dekolonisation mit topischen Mitteln oder eine systemische Antibiose indiziert?

Antwort:

Wenn Sie schreiben, er sei „positiv“, so meinen Sie wahrscheinlich MRSA-positiv? Wenn es lediglich positiv für ein *Staphylococcus aureus* bedeutete, der nicht ein MRSA oder ein so genannter Community-acquired MRSA ist, dann bräuchten Sie so lange nichts zu tun, wie keine klinischen Zeichen einer Infektion vorliegen. Wenn aber der Säugling wirklich ein atopisches Ekzem hat (die meist erst nach einigen Lebenswochen auftreten) oder sich gar im Schub eines atopischen Ekzems befindet, so empfiehlt es sich, die Menge an *Staphylococcus aureus* zu vermindern durch eine Behandlung mit einer Triclosan-haltigen Creme (z. B. hydrophobe Triclosan Creme 2 % NRF 11.122), da *Staphylococcus aureus* über Superantigene den Schub einer Neurodermitis triggern kann.

Wenn es ein MRSA ist, so muss zumindest hinterfragt werden, ob er wirklich auf Cotrimoxazol sensibel ist. Man sollte die mikrobiologische Untersuchung und das Resistogramm zur Bestätigung wiederholen und dabei explizit wünschen, dass ein so genannter community-acquired, Panton-Valentine-produzierender MRSA ausgeschlossen wird. Falls ein solcher Stamm vorläge, müsste der Säugling auf jeden Fall unter Hinzunahme eines Mikrobiologen oder Infektiologen saniert bzw. therapiert wer-

den, da diese Stämme auch bei immunkompetenten Menschen Infektionen verursachen und bei Befall innerer Organe (Lunge) lebensgefährlich werden.

Wenn ein üblicher nosokomialer MRSA vorliegt, der Säugling aber sonst gesund ist, so muss man nicht unbedingt etwas tun, so lange keine klinischen Infektionszeichen vorliegen. Da bei Säuglingen aber die Immunabwehr noch nicht vollständig ausgebildet ist, sind dann regelmäßige Kontrollen nötig. Es ist durchaus möglich, dass der MRSA mit der Zeit wieder von der Schleimhaut eliminiert wird. Das würde auch bei den Eltern gelten, falls der MRSA auf sie zwischendurch übergegangen sein sollte. Sollte der Säugling aber akute atopische Ekzeme haben, so würde ich eine Sanierung empfehlen, bei Zeichen einer beginnenden Infektion oder Impetiginisierung auf jeden Fall. Die Sanierung sollte nach den üblichen, auch Online oder vom lokalen Hygieniker oder Mikrobiologen, verfügbaren Schemata erfolgen mit Mupirocin, Triclosan und/oder Antiseptika. Wenn die Eltern MRSA-positiv sind, sollten sie mitbehandelt werden.

Eine systemische Antibiose ist ohne entsprechende klinische Zeichen nicht indiziert.

Univ.-Prof. Dr. Cord Sunderkötter
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Von-Esmarch-Straße 58
48149 Münster

Das „CONSILIUM INFECTORUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Herrn Dr. Andreas Rauschenbach, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation sind die Schriftleiter Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, und Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Obstruktive Bronchitis – Vermeidung stationärer Behandlungsbedürftigkeit

Epinephrine and Dexamethasone in Children with Bronchiolitis

Amy C. Plint, David W. Johnson, Hema Patel et al.
N Engl J Med 2009;360:2079-89, Mai 2009

Die Autoren haben in einer multizentrischen, randomisierten, placebo-kontrollierten Doppelblind-Studie bei 800 Säuglingen im Alter von 6 Wochen bis 12 Monaten mit Bronchiolitis (im amerikanischen Sprachraum ist hiermit die obstruktive Bronchitis gemeint [Redaktion]) die Effektivität von Epinephrin und/oder Dexamethason überprüft.

– Dexamethason wurde aus einer Dexamethason-phosphat-Injektionslösung entnommen und mit Ora-Plus und Ora-Sweet gemischt. Die Placebo-Lösung enthielt nur Ora-Plus und Ora-Sweet –.

Die Patientenzahl von 800 wurde gewählt, um eine 80%ige Stärke für den Nachweis einer absoluten 10 %igen Differenz in der Zahl der stationären Aufnahmen zu erhalten; eine Interaktion zwischen Epinephrin und Dexamethason wurde nicht vermutet.

Ausgewählt wurden Säuglinge, die während der Bronchiolitis-Saison von Dezember bis April 2004–2007 in 8 kanadischen Kinderkliniken vorgestellt wurden.

Säuglinge, die wegen einer Bronchiolitis zur Vorstellung kamen, erfüllten u.a. die Aufnahmekriterien, wenn sie einen RDAI Score – „Respiratory distress assessment index“ – zwischen 4 und 15 hatten. Ausgeschlossen wurden u.a. Kinder, die schon vorher Bronchodilatoren erhalten hatten.

Aus der Gesamtzahl von 3556 Säuglingen, erfüllten 800 die Aufnahmekriterien. Diese wurden randomisiert einer von 4 Gruppen zugeteilt:

Die **Gruppe 1** (Epinephrin-Dexamethason-Gruppe) erhielt zwei mal Epinephrin-Verneblung (3 ml Epinephrin in einer 1:1000 Lösung pro Anwendung) und 6 orale Dosen Dexamethason (1 mg/kg KG initial und 0.6 mg/kg KG für weitere 5 Tage).

Die **Gruppe 2** (Epinephrin-Gruppe) erhielt 2 Epinephrin-Verneblungen und oral Placebo, die **Gruppe 3** (Dexamethason-

Gruppe) erhielt vernebeltes Placebo und oral Dexamethason, die **Gruppe 4** (Placebo-Gruppe) vernebeltes und orales Placebo.

Primäres Studienziel war die Häufigkeit einer bis zum 7. Tag erforderlichen stationären Aufnahme.

Die ausführlich erhobenen Basisdaten waren für alle 4 Gruppen vergleichbar, insbesondere waren der RDAI Score mit 8 im Median in allen Gruppen sowie der Anteil der RSV-positiven Patienten mit 64 %, 64,8 %, 63,5 % und 67,7 % vergleichbar.

Bis zum 7. Tag mussten 34 (17.1 %) der Patienten der Gruppe 1, 47 (23.7 %), der Gruppe 2, 51 (25.6 %) der Gruppe 3 und 53 (26.4 %) der Gruppe 4 stationär behandelt werden.

Die nicht bereinigte Analyse ergab für die Gruppe 1 im Vergleich mit der Placebo-Gruppe 4 ein signifikant erniedrigtes Risiko für eine stationäre Aufnahme (relat. Risiko 0.65; 95 % CI 0.45-0.95; P = 0.02). In der bereinigten Analyse mit Mehrfach-Vergleichen war dieses Ergebnis allerdings mit einem P = 0.07 nicht mehr signifikant.

Die Autoren kommen dennoch zu dem von Ihnen nicht erwarteten Schluss, dass bei Säuglingen mit einer Bronchiolitis die kombinierte Epinephrin-Dexamethason-Behandlung in der Lage ist, die Häufigkeit der stationären Behandlungsbedürftigkeit zu reduzieren.

Kommentar

Die hier vorgelegte Multizenter-Studie zeigt unter den strengen Bedingungen für die stationären Aufnahmen in Nordamerika ein überraschend deutliches, wenn auch nicht signifikantes Ergebnis zugunsten der kombinierten Epinephrin-Dexamethason-Behandlung.

Es kann aus Sicht des Kommentators nicht nachvollzogen werden, wie sicher die orale Dexamethason-Gabe und Dosierung war, die in Deutschland bisher nicht zugelassen ist. Auch in Kanada hat man sich offensichtlich mit der off-label-Verwendung der Dexamethason-Injektionslösung beholfen. Die in Deutschland übliche Kombination von Epinephrin mit rektalem Prednisolon kann mit dem kanadischen Studiendesign nicht gleichgesetzt werden. Es wäre jedoch wünschenswert, eine oral anwendbare, kindgerechte Dexamethason-Lösung, die eine körpereigenschaftsbezogene Dosierung und Applikation ermöglicht, zur Verfügung zu haben. So lange wird sich an der gängigen Praxis hier nichts ändern müssen.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Neuer Biomarker der Zöliakie

Antibodies Against Deamidated Gliadin as New and Accurate Biomarkers of Childhood Coeliac Disease

Prause Ch, Ritter M, Probst Ch et al., *J Ped Gastroenterol Nutr*, 49:52-58, Mai 2009

Durch eine verbesserte Antikörperbestimmung konnte in den letzten Jahren die Zöliakie zunehmend zuverlässiger diagnostiziert werden. Es hatte sich herausgestellt, dass die Gliadin-IgG- und Gliadin-IgA-Antikörper, bezogen auf Spezifität und Sensitivität relativ schwach waren, so dass sie durch die Endomysium- und Transglutaminase-IgA-Antikörper abgelöst wurden. Mit die-

ser Kombination konnte man in über 90 % die Verdachtsdiagnose der Zöliakie stellen. Der große Nachteil dieser Antikörper besteht darin, dass es sich um IgA-Antikörper handelt und damit bei einem IgA-Mangel keine Interpretation möglich ist.

Brause und Mitarbeiter stellen nun Erfahrungen mit Antikörpern gegen deaminiertes Gliadin-Peptid als relativ neue und genaue Methode vor, um eine Zöliakie zu diagnostizieren. Hierbei handelt es sich um IgG-Antikörper. In der Arbeit wurden retrospektiv 142 Patienten mit einer aktiven Zöliakie und 60 ohne Zöliakie untersucht. Es wurden die konventionellen Gliadin-Antikörper sowie Transglutaminase-IgA und zwei verschiedene anti-deaminierte Gliadin-Peptide bestimmt. Die Ergebnisse zeigten, dass die deaminierten Gliadin-IgG-Peptide und Transglutaminase-IgA sehr ähnliche Ergebnisse ergaben. Die Ergebnisse waren signifikant besser als mit den herkömmlichen Gliadin-Antikörpern. Die Kombination der Transglutaminase-IgA-Antikörper mit einem der antideaminierten Gliadin-Peptid-IgG-Antikörper reduzierte die Rate der falsch klassifizierten Patienten. Für jeden der Antikörper ergab sich eine Sensitivität von 67 %. Wurden die Transglutaminase-IgA-Antikörper mit einem der deaminierten Gliadin-IgG-Antikörper kombiniert, so stieg der Anteil der Patienten, der mit mehr als 99 % Spezifität diagnostiziert werden konnte, auf 84,5 %.

Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass es sich bei den deaminierten Gliadin-Peptid-IgG-Antikörpern um einen ausgezeichneten Test handelt, der den konventionellen Gliadin-Antikörpern überlegen ist.

Kommentar:

Deaminiertes Gliadin-IgG ist schon seit einiger Zeit bestimmbar und ist jetzt zunehmend in verschiedenen Studien validiert worden. Die hier vorgelegte Studie bestätigt die hohe Sensitivität und Spezifität. Der entscheidende Vorteil liegt darin, dass auch Patienten mit einem IgA-Mangel zuverlässig diagnostiziert werden können. Als Zöliakie-Screening sollte in Zukunft also die Bestimmung der Transglutaminase-IgA-Antikörper in Kombination mit deaminierten Gliadin-Peptid-Antikörpern durchgeführt werden. Im positiven Falle kann mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit von einer Zöliakie ausgegangen werden. Da es allerdings verschiedene Zöliakieformen gibt, die sich in der letzten Zeit besonders diversifizieren, kommt man um eine Dünndarmbiopsie trotzdem nicht herum. Sie ist zur Einordnung der histologischen Befundung und zur Unterscheidung, z.B. zwischen einer potentiellen oder latenten Zöliakie unentbehrlich. (Stefan Wirth, Wuppertal)

Virusätiologie bei Pseudocroup

The Viral Etiology of Single and Recurrent Episodes of Croup

Wall SR et al, Arch. Dis. Child 94: 359-360, Mai 2008

Die akute Laryngotracheitis, der sogenannte Pseudocroup ist bekanntermaßen in den meisten Fällen viralen Ursprungs. Differenziert wird hiervon der sogenannte „spasmodische“ Croup, der nicht einem oberen Luftwegsinfekt folgt, oft wiederholt auftritt und bei dem auch andere pathogenetische Einflüsse diskutiert

werden. An der Universität von Cardiff, Wales, wurde in einer über 7 Jahre gehenden Studie mit Virusidentifizierung bei allen stationär behandelten Pseudocroupfällen diese Frage näher untersucht. Mit PCR wurde nach Adenovirus, Coronavirus, Influenza A und B-Virus, Metapneumovirus, Parainfluenzavirus, RS-Virus und Rhinovirus sowie Mykoplasmen und Ureaplasmen gesucht. In diesem Zeitraum wurden 204 Kinder mit Pseudocroup aufgenommen, 60 hiervon wurden in die Studie eingeschlossen. In 41 der 60 Patienten (68%) wurde ein Virus identifiziert, hiervon in 7 Patienten 2 verschiedene Viren, meistens war hierbei Rhinovirus beteiligt. Es fand sich kein signifikanter Unterschied in der Rate der Virusidentifikation zwischen den Patienten mit einem einmaligen Pseudocroupereignis und solchen mit wiederholtem Pseudocroup. Die Autoren schlossen hieraus, dass die Ätiologie von einfachem und wiederholtem Pseudocroup ähnlich ist; Parainfluenzavirus war, wie auch in vorherigen Studien, die häufigste Ursache. Ob der Rhinovirus auch am Pseudocroup beteiligt ist, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, da bei Rhinovirus-Nachweis in 2/3 der Fälle auch ein anderer Virus identifiziert wurde.

Kommentar:

Pseudocroup ist und bleibt eine überwiegend viral ausgelöste Erkrankung, andere Ursachen scheinen wirklich zurückzutreten. Parainfluenza ist und bleibt der häufigste Virus, und Rhinoviren, die ja bei Asthma und bronchialer Hyperreagibilität Furore machen, scheinen hierbei eine untergeordnete Rolle zu spielen.

(Frank Riedel, Hamburg)

Prognose der juvenilen idiopathischen Arthritis

Accuracy of Wallace Criteria For Clinical Remission in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Cohort Study of 761 Consecutive Cases

Lurati A, Salmaso A et al., J Rheumatol 36: 1532-1535, Juli 2009

Die Autoren untersuchten anhand der sog. Wallace-Remissionskriterien die Prognose der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA). Dabei wurden die Daten von 761 JIA-Patienten, die seit 1970 am Studienzentrum behandelt wurden, ausgewertet.

Von diesen Patienten waren 516 (67,8 %) weiblich und 245 (32,2 %) männlich. Das mittlere Alter bei Krankheitsbeginn betrug 6,3 Jahre, die mittlere Krankheitsdauer 10 Jahre und die mittlere Follow-up Zeit 7,6 Jahre. Insgesamt erreichten 247 (32,4 %) Patienten eine – den Kriterien entsprechende – Remission. In den einzelnen Subgruppen wurden folgende Remissionsraten erhoben: persistierende Oligoarthritis 153 (42,9 %), extended Oligoarthritis 15 (13,1 %), seronegative Polyarthritis 21 (22,4 %), systemische Arthritis 33 (33,7 %), Enthesitis-assoziierte Arthritis plus juvenile Psoriasisarthritis 25 (33,4 %). Kein Patient mit einer seropositiven Polyarthritis erreichte eine Remission ($p < 0.001$). Bei in Remission befindlichen Patienten betrug die mediane Zeit bis zum Auftreten eines Rezidivs 20,9 Monate. Für die einzelnen Subgruppen ergaben sich folgende Zeiträume: persistierende Oligoarthritis 21,7 Monate, extended Oligoarthritis 25 Monate, sero-

negative Polyarthrititis 26,7 Monate, enthesitisassoziierte Arthritis plus Psoriasisarthritis 17,6 Monate. Zusammenfassend wird festgestellt, dass in dieser – sich über 4 Dekaden hinziehenden – Studie nur ungefähr ein Drittel aller Patienten eine Remissionsepisode erreicht. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Oligoarthrititis und anderen JIA-Formen. Für die durchschnittlich 20 Monate dauernde Remission war kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen JIA-Subgruppen zu sehen.

Kommentar:

Diese Studie verwendete die 2005 von Wallace et al. (Patterns of clinical remission in select categories of juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 52: 3554-62) im Rahmen einer Konsensuskonferenz publizierten Kriterien für die klinische Remission der JIA. Hierbei wurde eine Remission definiert als Abwesenheit von einer aktiven Arthritis, Fieber, Exanthem, Serositis, Splenomegalie oder generalisierten Lymphknotenschwellungen sowie einer aktiven Uveitis. Weiter wurde ein normaler BSG oder CRP Wert und eine globale ärztliche Einschätzung der klinischen Inaktivität

gefordert. Die Remissionsdauer ohne Medikamente wurde auf 12 Monate festgelegt. Die ursprüngliche Intention war es, Patienten identifizieren zu können, bei denen mit < 20 % Wahrscheinlichkeit ein Rezidiv im Lauf der folgenden fünf Jahre auftritt. Nach der aktuellen Studie zeigt sich nun aber, dass diese Annahmen viel zu optimistisch waren. Auch in der Studie von Minden et al. (Long-term outcome in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 46, 2002: 2392-401) mit den Daten deutscher Patienten hatten ca. die Hälfte nach einem medianen Follow-up von 16,5 Jahren noch eine aktive Arthritis.

Wenngleich diese Kohorten historisch sind und bis zu 40 Jahre zurückreichen, muss man erneut feststellen, dass die Prognose der JIA lange Zeit als zu gut eingeschätzt wurde. Das Paradigma der JIA als einer relativ harmlosen Erkrankung mit Sistieren im Rahmen der Pubertät sollte abgelöst werden durch werden durch konkrete Remissionsdaten aus Prognosestudien. Mit dem Einsatz der modernen Rheumamedikamente erhoffen wir uns freilich bessere Langzeitverläufe in den nächsten 40 Jahren.

(Toni Hospach, Günther Dannecker, Stuttgart)

Welche Diagnose wird gestellt?

Antonia Kienast

Anamnese

9 Monate altes Mädchen mit seit Geburt bestehenden Schwellungen der Füße und Unterschenkel. Davon abgesehen habe das Mädchen keine Beschwerden gehabt.

Untersuchungsbefund

Im Bereich beider Unterschenkel, Fußrücken und Zehen zeigt sich eine deutliche Schwellung. Die Fußzehen imponieren verdickt und zeigen charakteristische Schnürfurchen. Es zeigt sich keine Überwärmung und keine Bewegungseinschränkung. Der übrige pädiatrische und derma-



Abb. 1a/b: Seit Geburt bestehende Schwellungen der Fußrücken und Zehen

tologische Untersuchungsbefund ist unauffällig, insbesondere keine Hinweise auf ein Turner- oder Noonan-Syndrom.

Welche Diagnose wird gestellt?

(Auflösung auf S. 830)

Diagnose: Nonne-Milroy-Syndrom

Die Erkrankung wurde erstmals 1892 von einem amerikanischen Arzt beschrieben und ist definiert als kongenitales familiäres Lymphödem (1). Sie wird autosomal dominant mit unterschiedlicher Penetranz vererbt; das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen. Der zugrunde liegende genetische Defekt des VEGFR3-Gens ist auf Chromosom 5q35 lokalisiert (2). Es zeigt sich eine Hypoplasie oder Aplasie der tiefen und oberflächlichen Lymphgefäße der unteren Extremitäten (3).

Differentialdiagnostisch müssen primäre von sekundären Lymphödemen unterschieden werden. Unter den primären Lymphödemen werden kongenitale vom Lymphoedema praecox unterschieden, welches sich erst zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr ausbildet. Beispiel hierfür ist der Morbus Meige, der in der übrigen Klinik dem Milroy Syndrom gleicht. Primäre Lymphödeme kommen außerdem beim Turner- und Noonan-Syndrom vor, insgesamt treten sie in etwa 20% familiär auf. Sekundäre Lymphödeme hingegen entstehen auf dem Boden chronischer entzündlicher Erkrankungen, wie z.B. rezidivierender Erysipele oder durch Abflussbehinderungen bei beispielsweise Lymphknoteninfiltration oder nach Radiatio. Sie sind daher meist einseitig.

Abgegrenzt werden müssen außerdem lymphatische Malformationen und Hypertrophie-Syndrome wie das Proteus-Syndrom, die in der Regel mit einseitigen Schwellungen einhergehen.

Klinik

Patienten mit Nonne Milroy-Syndrom fallen postpartal mit einer beidseitigen Schwellung der unteren Extremitäten auf. Eine pränatale Diagnose ist möglich (4). Die Schwellung ist normalerweise auf den Unterschenkel und Fußbereich beschränkt und kann asymmetrisch imponieren. Der Befund ist nicht progredient. Betroffene Jungen zeigen gelegentlich Hydrozelen, weitere Malformationen sind jedoch nicht assoziiert.

Bei sekundären Lymphödemen hingegen besteht klinisch zunächst eine Dellenbildung. Im Verlauf zeigt sich eine mit der Zeit härter werdende Schwellung, gelegentlich ist diese gefolgt von einer Verdickung der Epidermis mit pseudoverruköser Oberfläche.

Diagnostik

Wichtigstes diagnostisches Kriterium ist die Klinik in Verbindung mit dem familiären Auftreten. Ggf. Ausschluss eines se-

kundären Lymphödems und Farbdopplersonographie zum Ausschluss einer vaskulären Malformation.

Therapie und Prognose

Frühzeitige Kompressionstherapie und Lymphdrainage. Komplikationen stellen bakterielle Superinfektionen, sowie ein Fortschreiten bis zur Elephantiasis, dar.

Literatur:

1. Milroy WF. An undescribed variety of hereditary oedema. N Y Med 1892; 56: 101-8.
2. Brice G, Child AH, Evans A, et al. Milroy disease and the VEGFR-3 mutation phenotype. J Med Genet 2005; 42: 98-102.
3. Bollinger A, Isenring S, Franzeck UK, et al. Aplasia of superficial lymphatic capillaries in hereditary and connatal lymphoedema (Milroy's disease). Lymphology 1983; 16: 27-30.
4. Lev- Sagie A, Hamani Y, Raas-Rothschild A, et al. Prenatale ultrasonographic diagnosis of atypical Nonne Milroy lymphoedema. Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21: 72-4.

Dr. Antonia Kienast
Universitätsklinikum Münster
Allgemeine Pädiatrie
Albert-Schweitzer-Str. 33
48149 Münster

Red.: Höger

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Jahresrückblick 2009

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch wenn das Jahr 2009 längst nicht das gebracht hat, was uns zuvor vollmundig von Politik, aber auch von der Selbstverwaltung versprochen wurde, kann der BVKJ doch auf eine insgesamt erfolgreiche Verbandsarbeit zurückblicken. Die Kontakte zur Politik sind weiterhin sehr intensiv, wir werden gehört, auch wenn die Entscheidungen nicht immer unseren Vorstellungen und Forderungen entsprechen. Wir haben aber wesentliche Akzente im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung setzen können und hoffen durch die Kontinuität im Ministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend auf eine Fortsetzung der guten Zusammenarbeit. Schlechter als zuletzt die Zusammenarbeit mit Ulla Schmidt, die nur noch die Sicherung der Allgemeinmedizin vor Augen hatte, kann die Zusammenarbeit mit dem neuen Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler auch nicht werden. Er ist Vater von Zwillingen und geht mit ihnen zum Kinder- und Jugendarzt.

Entwicklung der Mitgliederzahlen

Unsere Mitgliederzahl hat die Marke von 11.000 deutlich überschritten und steigt weiter an. Damit sind wir der viertgrößte ärztliche Berufsverband in Deutschland. Erfreulich ist die deutliche Zunahme von Mitgliedern aus dem Bereich der Weiterbildungsassistenten und der Fachärztinnen und Fachärzte in den Kinderkliniken. Aber auch zahlreiche leitende Ärztinnen und Ärzte in den Kinderkliniken haben gemerkt, dass der BVKJ berufspolitisch sehr aktiv ist und sich bemüht, die berufspolitischen Interessen aller Kinder- und Jugendärzte zu vertreten. Hier gebührt dem Vizepräsidenten, Prof. Dr. Ronald Schmid und dem Vertreter der Assistenzärzte im Vorstand, Ludwig Schmid, großer Dank für ihre neuen Ideen und ihren Einsatz.

Zusatzeinnahmen durch neue Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Durch unsere rege Vertragstätigkeit mit den gesetzlichen Krankenkassen ist es gelungen, unseren vertragsärztlich tätigen Mitgliedern trotz stagnierender oder leicht rückläufiger Einnahmen im Bereich der GKV, Zusatzeinnahmen in Höhe von ca. 30 Millionen € zu sichern. Zusammen mit der neu eingeführten U7a könnten die Kinder- und Jugendärzte im Jahr 2009 einen zusätzlichen Umsatz von 50 Millionen € generieren, wenn sie diese finanziellen Möglichkeiten dann nutzen würden. Wer am DMP-Asthma bronchiale teilnimmt, kann ebenfalls noch zusätzliche Einnahmen verbuchen.

EBM-Änderungen

Die Einführung der Regelleistungsvolumina hat in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedliche Aus-

wirkungen gehabt. Hier eine Übersicht der RLV der Quartale 3 und 4/09 (aus Mecklenburg-Vorpommern liegen keine Zahlen vor).

KV	RLV 3-2009 in €	RLV 4-2009 in €
Baden-Württemberg	35,15	37,31
Bayern	33,70	36,79
Berlin	32,32	32,28
Brandenburg	33,34	33,34
Bremen	30,50	30,33
Hamburg	36,53	37,42
Hessen	36,01	39,27
Niedersachsen	40,31	40,14
Nordrhein	31,62	29,54
Rheinland-Pfalz	34,23	35,28
Saarland	34,52	33,23
Sachsen	33,80	34,24
Sachsen-Anhalt	28,84	28,42
Schleswig-Holstein	32,22	35,75
Thüringen	41,19	43,32
Westfalen-Lippe	28,70	29,24
Durchschnitt	31,80	34,74

Gesundheitsreform und neue Vertragslandschaft

Besonderes Gewicht lag 2009 wieder auf den Verhandlungen mit den Krankenkassen zu Verträgen nach § 73 SGB V. Die Kassen wurden verpflichtet mit Gruppierungen, die mindestens 50 Prozent der Allgemeinärzte einer Region vertreten, bis zum 30.06.2009 einen Selektivvertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Wir konnten durch intensive politische Intervention erreichen, dass auch Kinder und Jugendliche, die bei einem Allgemeinarzt in einen Vertrag nach § 73 b eingeschrieben sind, weiterhin ohne Überweisung einen Kinder- und Jugendarzt aufsuchen dürfen. Mit einer einstweiligen Verfügung vor dem Sozialgericht München konnten wir dem Hausärzterverband verbieten, Eltern unter Druck zu setzen, ihre Kinder beim Allgemeinarzt einzuschreiben.

Weiter ist es uns endlich nach den Verträgen auf Bundesebene mit der GEK/HZK, Deutschen BKK, KKH und der SBK gelungen, weitere Verträge mit der BKK Mobil Oil und der BIG Gesundheit abzuschließen. Da die GEK zum 01.01.2010 mit der BEK fusioniert, wurde uns zugesichert, dass unser GEK-Vertrag ab 01.01.2010 auch für BEK Patienten gilt.

Auf regionaler Ebene gibt es bereits seit 2006 Verträge, vorwiegend mit den Landesverbänden der Betriebskrankenkassen und den ihnen angeschlossenen Kassen sowie mit der AOK in Niedersachsen und Brandenburg und der LV und TK in Sachsen und Thüringen.



Dr. med. Wolfram Hartmann

Kein Überweisungsvorbehalt bei HÄV für Kinder und Jugendliche

Die neuen Versorgungsverträge, die der BVKJ auf Landes- und Bundesebene abgeschlossen hat und auch weiterhin abschließt, bieten neue Möglichkeiten der Zukunftssicherung. Da sich Patienten nur bei uns einschreiben können und Kinderfrüherkennungsuntersuchungen eine abgeschlossene pädiatrische Weiterbildung voraussetzt, wird die Kompetenz der Kinder- und Jugendmedizin gestärkt. Die zusätzlichen Einnahmemöglichkeiten sind ebenfalls nicht zu unterschätzen. Allein im Jahr 2009 lag dieses Volumen bei über 50 Millionen €.

Pädiatrie-zentrierter Versorgungsvertrag mit der AOK-Bayern hat Modellcharakter

In Bayern haben wir mit der AOK einen Vertrag zur „Pädiatriezentrierten Versorgung“ nach § 73 b abgeschlossen, der Modellcharakter haben sollte. Ich verweise dazu auch auf die Berichte im Kinder- und Jugendarzt. Die großen Ersatzkassen BEK, DAK und TK haben nach Einleitung der Schiedsverfahren mit dem Hausärzterverband abgewartet und hofften, dass die politischen Konstellationen nach der Bundestagswahl so sind, dass Selektivverträge keine besondere Rolle mehr spielen. Wie wir wissen, war diese Hoffnung trügerisch.

Große Probleme gibt es in der Zusammenarbeit mit der AOK in Baden-Württemberg. Zwischen HÄV, MEDI und der AOK gibt es offenbar Vereinbarungen, bei denen auch wirtschaftliche Interessen zur Abrechnung der Leistungen und auch ein Kontrollinteresse der AOK eine ganz wesentliche Rolle spielen. Unsere Kolleginnen und Kollegen im LV Baden-Württemberg kämpfen mit Klaus Rodens an der Spitze für die Interessen der Kinder- und Jugendärzte weit über ihr eigenes Bundesland hinaus.

Bald Abrechnung aller Verträge über die KV mittels Sonderziffern

Der BVKJ hat mit der KBV vereinbart, dass alle unsere Verträge mittels Sonderziffern über die regionalen KVen abgerechnet werden können, um unseren Kolleginnen und Kollegen die Abrechnung zu erleichtern. Dies wird im Laufe des nächsten Jahres umgesetzt, weil wir noch einen bestehenden Vertrag mit der GIV haben, bei dem es eine Kündigungsfrist gibt.

Teilnahme aller Pädiater an den Verträgen ist gefordert

Es ist für den BVKJ von ganz besonderer Bedeutung, dass wir uns hinsichtlich unserer Selektivverträge geschlossen und solidarisch verhalten und die Verhandlungsbasis des BVKJ nicht schwächen. Wer sich weigert an den zwischen Kassen und BVKJ abgeschlossenen Verträgen teilzunehmen oder Kinder und Jugendliche mit Wunsch nach einem Vorsorgetermin für die neuen Untersuchungen abweist, schädigt den BVKJ als glaubwürdigen Verhandlungspartner nach außen mit nachteiliger Wirkung auf die gesamte Fachgruppe.

Auch dürfen wir bei Verhandlungen mit den Krankenkassen und KVen den Konsens nicht verlassen, den wir auf der letzten Delegiertenversammlung ohne Gegenstimme vereinbart haben. Es gibt trotzdem einen gewissen Spielraum bei den Verhandlungen, es gibt aber ganz wichtige Punkte, die nicht verhandelbar sind.

BVKJ-Service GmbH

Das Vertragsgeschäft des BVKJ hat inzwischen erhebliche Ausmaße angenommen und erfordert personelle Ressourcen, die nicht mehr ehrenamtlich und mit dem bisherigen Personal zu bewältigen sind. Außerdem laufen wir Gefahr, den körperschaftsteuerbefreiten Status des

Berufsverbandes zu verlieren. Deshalb hat sich der Vorstand im Mai in Hildesheim entschlossen, eine BVKJ-Service GmbH als 100-prozentige Tochter des BVKJ zu gründen. Die Gründung ist am 10.08.2009 erfolgt, als Geschäftsführer wurde Klaus Lüft bestellt. Der Sitz der GmbH ist in den Räumen unserer Geschäftsstelle in Köln. Gegenstand des Unternehmens ist es, Dienstleistungen für den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. und dessen Mitglieder zu erbringen. Dazu gehören Abschlüsse von Selektivverträgen über die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten, insbesondere solcher Verträge nach den §§ 64 SGB V, 73 b SGB V, 73 c SGB V und 140 a ff. SGB V, die Einbindung in Vertragsverhandlungen, die Überwachung einer ordnungsgemäßen Vertragsdurchführung (Vertragsmanagement) sowie alle sonstigen damit zusammenhängenden Maßnahmen und Dienstleistungen. Um diese zu finanzieren, werden alle Teilnehmer der Selektivverträge bis zu 2 Prozent des Umsatzes aus diesen Verträgen an die BVKJ-Service GmbH abführen müssen. Einzelheiten dazu werden wir noch mitteilen.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Zahl der Presseanfragen und Interviews hat erneut zugenommen. In den Laienmedien hat kein ärztlicher Berufsverband so häufig Erwähnung gefunden wie der BVKJ.

Die Dokumentation dieser Resonanz können Sie in der Geschäftsstelle einsehen und mit den entsprechenden Stichworten im Internet abrufen. Bitte beachten Sie auch unsere täglichen Meldungen unter www.kinderaerzte-im-netz.de, sowie unseren Presseordner unter der gleichen Adresse. Die Zusammenarbeit zwischen Präsident, Pressesprecher Dr. Ulrich Fegeler, den Pressebeauftragten der Landesverbände und unseren Medienverbindungsleuten Regine Hauch, Raimund Schmid und unserem Internetpartner Monks war sehr gut und hat ganz wesentlich zu dieser breiten öffentlichen Resonanz beigetragen.

Zukünftige pädiatrische Versorgung und Blick nach vorn

Um unsere eigene Zukunft zu sichern, müssen wir alle Möglichkeiten, die uns der Gesetzgeber mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) gegeben hat, umsetzen und miteinander kooperieren. Die strikten Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dürfen kein Tabu mehr sein, wir müssen aufeinander zugehen und eine Aufgabenteilung im Konsens vornehmen. Die Zahl der Einzelpraxen ist auch unter unseren Mitgliedern rückläufig, die Zahl der Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften nimmt in den letzten Jahren deutlich zu. Zunehmend arbeiten Kolleginnen und Kollegen auch im Angestelltenverhältnis in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Inzwischen gibt es bundesweit wieder 26 Bezirke mit Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte.

Die neue WBO mit den zusätzlichen Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen muss in Klinik und Praxis umgesetzt werden. Der Gesetzgeber hat uns als einziger Fachgruppe die Möglichkeit gegeben, gleichzeitig haus- und fachärztlich tätig zu sein. Dies müssen wir nutzen. Bestimmte Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen wie Hämatologie/Onkologie, Endokrinologie/Diabetologie, Nephrologie, Gastroenterologie, Neonatologie und Rheumatologie lassen sich nur in enger Zusammenarbeit mit einer Kinderklinik in der Praxis qualifiziert und wirtschaftlich sinnvoll darstellen. Neuropädiatrie, Pneumologie/Allergologie und Kinderkardiologie können auch schwerpunktmäßig in der Praxis realisieren

werden, wobei Apparategemeinschaften mit Kliniken oder Vertragsärzten anderer Fachgruppen Kosten sparen können.

Setzen wir dies nicht um, verlieren wir viele Patienten an die Schwerpunkte der Inneren Medizin. Das müssen wir unter allen Umständen verhindern. Kinder und Jugendliche gehören zu den Ärztinnen und Ärzten, die dafür mit ihrer Weiterbildung im Fach Kinder- und Jugendmedizin eine besondere Qualifikation erworben haben. Die Delegiertenversammlung hat in diesem Jahre einen Ausschuss für die Schwerpunkt-Pädiatrie eingesetzt und hofft damit, die Zusammenarbeit zu intensivieren.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ

BVKJ gründet Ausschuss Schwerpunkt-Pädiatrie

Neue Mitgliedsbeiträge des BVKJ ab 1.1.2010

Im Oktober dieses Jahres hat die Delegiertenversammlung in Bad Orb eine Beitragserhöhung zum 1. 1. 2010 beschlossen.

Die Zukunft der ambulanten selbstständigen Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland ist durch politische Vorgaben in Bedrängnis geraten. Deshalb braucht der BVKJ eine sichere Finanzausstattung, um weiterhin die Interessen seiner Mitglieder standhaft vertreten zu können.

In den letzten Jahren sind die Ausgaben des Verbandes als Ausdruck zunehmender Aufgabenausweitung, besonders in der Vertragsgestaltung, kontinuierlich angestiegen.

Von den „neuen Aktivitäten“ des Verbandes profitieren hauptsächlich die niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen. Deshalb ist diese Beitragserhöhung asymmetrisch gestaltet, das heißt, sie ist für Gruppe der niedergelassenen Ärzte/innen am größten und bedeutet hier eine Mehrausgabe pro Mitglied von etwa 8 €/ Monat. Bereits durch eine einzige (!) der Neuen Vorsorgen oder auch durch zwei U7A-Vorsorgen im GKV-System lässt sich der Mehraufwand erwirtschaften.

Der Berufsverband ist betriebswirtschaftlich gesund. Wir haben eine ausrei-

Mitgliederbeiträge nach Beitragsgruppen

Beitragsgruppe	Bezeichnung	Basis
1A	Niedergelassene Ärzte/innen	350 €
1B	Leitende Ärzte/innen	310 €
2A	Angestellte Ärzte/innen in der Praxis /MVZ	175 €
2B	Angestellte Ärzte/innen im Krankenhaus	155 €
3	Teilzeitbeschäftigte angestellte Ärzte/innen	95 €
4	Ehepartner eines Mitglieds mit eigenem Einkommen	60 €
5	Beitragsfreie Mitgliedschaft	frei
5A	Ehrenmitglied	frei
6A	Ärzte/innen ohne Berufsausübung; ohne Einkommen	30 €
6B	Ärzte/innen ohne Berufsausübung; Rentner	60 €
7	Assistenzärzte/innen in Weiterbildung	frei
8	Außerordentliche Mitglieder	520 €
A	Niedergelassene Ärzte/innen im Jahr der Niederlassung	155 €

chende Liquidität und ausreichende Rücklagen. Als Schatzmeister erwarte ich unter dem Blickwinkel des zu erwartenden Rückfluss aus der BVKJ-Service-GmbH, dass die Beitragserhöhung für einige Jahre eine finanzielle Sicherheit für den Verband ermöglichen wird und der Beitrag für ei-

nen längeren Zeitraum zu mindestens konstant gehalten werden kann.

Dr. Tilman Kaethner
Schatzmeister des BVKJ
Friedrich-Ebert-Str. 44a
26954 Nordenham
E-Mail: dr.tilman.kaethner@ewetel.net

Red.: ge

Schwerpunktpädiatrie trifft Selbsthilfe



Prof. Dr.
Stefan Eber

Auf Einladung der Bundesarbeitsgemeinschaft schwerpunktorientierter Pädiater (BsP) trafen sich im Juni 2009 die Vertreter der Eltern-Selbsthilfegruppen mit den Vorsitzenden der pädiatrischen Schwerpunkt-Arbeitsgruppen. Das Symposium in Walstedde und die anschließende Podiumsdiskussion stand unter dem Motto: Selbsthilfe und Ärzte im Dialog.

Alle Diskutanten hoben die Bedeutung der ambulant tätigen schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendärzte für die Betreuung chronisch kranker Kinder hervor.

Marc Schlez (Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Kinderkardiologen), Margrit Hogendoorn (Herzkind), Torben Geier (JEMAH = Jugendliche und Erwachsene mit angeborenem Herzfehler) und Gabriele Mittelstaedt, (Bundesverband herzkranker Kinder) wiesen auf die mögliche Gefährdung der gut etablierten und flächen-deckenden Versorgung herzkranker Kinder durch niedergelassene Kinderkardiologen infolge einer unlimitierten Neugründung von Klinikambulanzen nach § 116 hin.

Karl-Heinz Klingebiel (Bundesverband kleinwüchsiger Menschen) betonte die Bedeutung der Allianz chronischer seltener Erkrankungen (ACHSE). Die fachliche Qualifikation der Selbsthilfegruppen müsse nach Klingebiel anerkannt und die Beratung für die Mitglieder öffentlich gefördert werden. Eine enge Zusammenarbeit der Schwerpunktpädiater mit der ACHSE, wie auch mit dem Kindernetzwerk, ist für die betroffenen Kinder und ihre Eltern ein wichtiges Signal.

Christoph Runge (Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Pädiatrischer Pneumologen) stellte die Bedeutung der Schwerpunktpädiatrie für alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte hervor. Die wesentlichen Aufgaben einer pädiatrisch pneumologischen Schwerpunktambu-

lanz seien neben der Betreuung von Kindern mit chronischen Atemwegserkrankungen auch z.B. die der Kinder mit Heimbeatmung, Betreuung von Kindern mit Trachealkanülen, Bronchopulmonaler Dysplasie, Ziliärer Dyskinesie, Alpha-1-AT Mangel und anderen seltenen Lungenerkrankungen.

Alle Gruppen waren sich einig, dass für die Versorgung chronisch kranker Kinder jenseits des 18. Lebensjahres eine mehrjährige Übergangszeit vom Kinder- und Jugendarzt zum Internisten notwendig sei. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten hier entsprechende Regelungen treffen.

Als Quintessenz der Tagung lässt sich festhalten, dass die Schwerpunktpädiater durch ihre besondere Kompetenz ein Bindeglied zwischen der ambulanten und der stationären Pädiatrie bilden. Damit stellen sie eine wichtige Schnittstelle in unserem Versorgungssystem dar.

Die Verankerung der Schwerpunktpädiater im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Form eines neu gegründeten eigenen Ausschusses sei wichtig, um zukünftig dem funktionierenden Konzept der Schwerpunktpädiatrie eine wirtschaftliche und organisatorisch tragfähige Grundlage zu erhalten, betonte abschließend Andreas Sprinz, Vorsitzender der BSP und Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Neuropädiater.

Weitere niedergelassene Schwerpunktpädiater nahmen als Vorstandsmitglieder folgender Arbeitsgemeinschaften teil:

Christoph Brack, pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie; Stefan Eber, pädiatrische Onkologie und Hämatologie; Ralph Melchior, pädiatrische Gastro-Enterologie.

Weitere Selbsthilfegruppen: Barbara Markus, Deutsche Rheuma-Liga; Silke Fortkamp, AGS-Eltern- und Patienteninitiativen; Sofia Beisel, Deutsche Zöliakie Gesellschaft; Katrin Arbing, Mucoviszidose-Selbsthilfe; Susanne Fey, Epilepsie Bundes-Elternverband;

Vertreter von Fachgruppen und politischen Gruppen: Jochen Scheel, DRK Kinderklinik Siegen, Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland GKinD e.V.; Matthias Geck, AOK Westfalen Lippe sowie Vertreter der politischen Parteien.



Interessierte Teilnehmer an der lebhaften Podiumsdiskussion, v.l.n.r.: Jan Hofer, Moderator; Karl-Heinz Klingebiel; Annette Wattermann-Krass, SPD; Barbara Steffens, Bündnis Grüne; Andreas Sprinz; Matthias Geck, Jochen Scheel, Susanne Fey

Prof. Dr. Stefan Eber
Kinder- und Jugendarzt-Neonataloge
Pädiatrische Hämatologie-Onkologie-Hämostaseologie
Waldfriedhofstr. 73, 81377 München

Red.:ge

Zahl der angestellten Ärzte/innen in den MVZ steigt

Alle Prognosen zeigen, Ärzte in der Patientenversorgung werden immer knapper. Immer weniger Ärzte wollen das unkalkulierbare Risiko einer Niederlassung in eigener Praxis eingehen. Besonders junge Ärztinnen suchen nach Arbeitsmöglichkeiten, die ihnen erlauben Berufs- und Lebensplanung zu verwirklichen. Auch Arbeitsunterbrechungen wie Elternzeiten sollen planbar sein.

Die rasch steigende Zahl der angestellten Ärzte/innen in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zeigt, dass es hier eine Arbeitsorganisation gibt, die eine Alternative zum Risiko der Herausforderung der wirtschaftlichen Freiberuflichkeit bietet.

Zum 30. Juni 2009 gab es bundesweit 1325 MVZ, das sind 237 mehr als ein Jahr zuvor. Vertragsärzte als Träger sind derzeit mit 51,3 Prozent noch in der Mehrheit, nahmen aber übers Jahr zahlenmäßig ab.

Die Mehrzahl der MVZ (792) beschäftigt ausschließlich angestellte Ärzte/innen. Ihre Zahl stieg innerhalb eines Jahres von 3573 auf 4980. Überproportional war der Anstieg in den von Kliniken getragenen Versorgungszentren von 1524 auf 2448. Die Zahl der Vertragsärzte in den MVZ steigt kaum noch (Abb. 1). Ob der Trend der Kliniken, einen Teil ihrer Ambulanzen in die Versorgungszentren



Abb. 1

auszulagern, durch die im Koalitionsvertrag vorgesehene Gesetzesänderung gestoppt werden kann, ist fraglich. Die Koalitionsvereinbarung sehen vor, dass die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren nur erfolgt, wenn die Mehrheit der Geschäftsteile bei zugelassenen Ärzten liegt und der Geschäftsführer aus ihren Reihen kommt. Damit ist kritischen Stimmen zufolge hinreichend sichergestellt, dass diesem Ansatz zu einer Modernisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen jede Dynamik genommen wird.

ge

Aus dem Honorarausschuss

Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung

Nachdem sich der Trend, die stationäre Behandlungsdauer abzukürzen, weiter fortsetzt, kommt es immer wieder zu Diskussionen, welche Leistungen der stationären Therapie zuzurechnen seien und daher vom Krankenhaus übernommen werden müssten, und welche zum ambulanten Sektor gehören und daher im Rahmen der Sicherstellung von den Niedergelassenen erbracht werden.

Jetzt hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die KBV eine Klar-

stellung veröffentlicht, die folgende Grundzüge beinhaltet:

Die durch das Krankenhaus getroffene **Entlassungsentscheidung beendet den stationären Aufenthalt**. Ist eine **Anschlussbehandlung erforderlich**, so **übernimmt die der niedergelassene Vertragsarzt im Rahmen der Sicherstellung**. Dies wird aus der Gesamtvergütung finanziert.

Krankenhäuser können allerdings Versicherte auch vorstationär behan-

deln, um die Erforderlichkeit der vollstationären Behandlung zu klären oder die Krankenhausbehandlung vorzubereiten. **Sie können Versicherte auch nachstationär behandeln, um den Behandlungserfolg zu sichern. Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer vor- bzw. nachstationären Behandlung im Krankenhaus trifft das Krankenhaus.** Die notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird aber weiterhin durch den niedergelassenen Vertragsarzt geleistet.

Nur wenn Krankenhäuser im Rahmen von Konsiliarverträgen diese vor- oder nachstationäre Behandlung oder Teile davon an niedergelassene Ärzte delegieren und nachweislich beauftragen, können diese sie dem Krankenhaus in Rechnung stellen.

Liegt keine Beauftragung durch das Krankenhaus vor, so erfolgt die ambulante Behandlung vor und nach einem stationären Aufenthalt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, also auch zu budgetierten RLV-Bedingungen.

Von diesen Regeln sind allerdings **belegärztliche und ambulante Operationen nicht betroffen**. Hier erfolgt die Operationsvorbereitung auf Überweisung durch den Operateur nach der Gebührenordnungsposition 31010 und die Nachbehandlung nach der Gebührenordnungsposition 31600.

Problematisch bleibt der Fall, bei dem das Krankenhaus für die stationäre Behandlung bestimmte weitergehende Untersuchungen für notwendig erachtet, wie z.B. die Durchführung eines MRT oder bestimmter Blutanalysen. Die Kosten hierfür müssten eigentlich vom Krankenhaus übernommen werden und können nicht zulasten der Gesamtvergütung im ambulanten Sektor gehen. Hier muss im Einzelfall mit dem Krankenhaus über die Kostenübernahme verhandelt werden.

PRAXIS LIVE



Dr. Roland Ulmer
Kinder- und Jugendarzt
Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ
Marktplatz 33
91207 Lauf
E-Mail: dr.roland.ulmer@onlinemed.de Red.:ge

Haftungsrisiken im verzahnten Gesundheitswesen – Wer haftet bei Behandlungsfehlern?

Von Christine Morawietz, Karlsruhe – Referiert aus „arztrecht“*) Heft 5/2009

In den letzten Jahren hat die Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung stetig zugenommen. Es sind neue Versorgungsmodelle und Kooperationsformen entstanden. Krankenhäuser und Krankenhausärzte erbringen neben ihrer Tätigkeit im stationären Bereich zunehmend ambulante Leistungen.

Wer in diesem verzahnten, teilweise komplexen Versorgungsformen im Falle eines Behandlungsfehlers zur Haftung herangezogen werden kann, ist regelmäßig nicht ohne Weiteres erkennbar, für die Beteiligten aber von entscheidender Bedeutung.

Bei der Arzthaftung muss grundsätzlich zwischen vertraglicher Haftung und deliktischer Haftung unterschieden werden.

Die **vertragliche Haftung** beruht in erster Linie auf dem zwischen Patienten und dem Arzt oder/und dem (Krankenhaus-)Träger geschlossenen Behandlungsvertrag. Hiernach schuldet der Vertragspartner (wer das ist, ist je nach Versorgungsform unterschiedlich) dem Patienten eine ordnungsgemäße Behandlung, die über die fachgerechte Versorgung hinaus auch sogenannte Organisations- und Verkehrssicherheitspflichten einschließt. Der Vertragspartner hat nicht nur für eigenes Fehlverhalten, sondern auch für das Verschulden seiner Hilfspersonen (sogenannte Erfüllungsgehilfen), voll einzustehen.

Eine **deliktische Haftung** kann sich aber auch, ohne dass zwischen den Beteiligten eine vertragliche Beziehung besteht, allein aus der tatsächlichen Beteiligung an der Behandlung des Patienten ergeben. Diese deliktische Haftung sieht einen Schadensersatzanspruch unter anderem bei vorsätzlicher oder fahrlässiger Schädigung der Gesundheit des Patienten vor. Der Haftungsmaßstab ist dabei mit dem aus dem Behandlungsvertrag identisch. Der Vertragspartner muss bei zur Rede stehender deliktischer Haftung von Hilfspersonen stets nachweisen, dass er diese sachgerecht ausgewählt und überwacht hat. Die Anforderungen an den Entlastungsbeweis sind allerdings hoch.

Die Haftung bei den „klassischen“ Verzahnungsformen:

Das Konsiliarwesen

Die Tätigkeit eines Konsiliararztes setzt einen Konsiliararztvertrag voraus. Einerseits kann sich dabei die Tätigkeit des Konsiliararztes auf Einzelfälle beziehen, so zur Beratung in Fachgebieten, welche das Krankenhaus nicht vorhält. Andererseits gibt es aber auch „moderne“ Verträge, wobei der Arzt regelmäßig bestimmte Behandlungen erbringt, auch wenn das Fachgebiet im Krankenhaus

vertreten ist. Der Behandlungsvertrag wird in diesen Fällen zwischen den Patienten und dem Krankenhausträger geschlossen. Der Chefarzt der Abteilung steht, was die konsiliarärztliche Leistung betrifft, in keiner vertraglichen Beziehung zum Patienten. Daraus ergibt sich eine vertragliche Haftung des Krankenhausträgers aufgrund des Bestehens eines Behandlungsvertrages, auch für die Tätigkeit des Konsiliararztes. Der Konsiliararzt kann als Erfüllungsgehilfe für die deliktische Haftung herangezogen werden. Bei Wahlleistungspatienten haftet der Konsiliararzt auch vertraglich.

Der Chefarzt haftet grundsätzlich nicht für die Fehler des Konsiliararztes. Allerdings besteht eine deliktische Haftung des Chefarztes bei so genannten modernen „unechten“ Konsiliarverträgen, bei denen der Konsiliararzt in die Abteilung des Chefarztes derart integriert ist, dass er dessen fachlichen Weisungen unterworfen ist. Damit kann für den Chefarzt ein neues Haftungsrisiko entstehen.

Die Belegarztstätigkeit

Der Patient schließt in diesem Betreuungssystem einen so genannten gespaltenen Krankenhausvertrag ab, d.h., mit dem Belegarzt kommt ein Vertrag über die ärztliche Behandlung und mit dem Krankenhausträger ein Vertrag ausschließlich über die Pflege und Hotellerie zustande. Interne Beziehung zwischen Krankenhausträger und Belegarzt regelt ein Belegarztvertrag. Der Belegarzt haftet vertraglich auch für das Verschulden eingeschalteter Hilfspersonen. Der Krankenhausträger haftet grundsätzlich nicht für Fehler des Belegarztes, es sei denn, dem Krankenhausträger wäre ein schwerwiegender Organisationsmangel nachzuweisen.

Die (Ermächtigungs-) Ambulanz

Der Behandlungsvertrag wird zwischen Arzt und Patient abgeschlossen.

Aus diesem Grund haftet der Arzt für Behandlungsfehler, einschließlich für das eingesetzte Hilfspersonal.



Prof. Dr. med.
Hans-Jürgen
Nentwich

Der Krankenhausträger scheidet als Haftungsgegner aus. Nur in bestimmten Ausnahmefällen kann wegen Verletzung der Organisationspflichten (z. B. Hygienemängel) eine deliktische Haftung für den Krankenhausträger entstehen.

Die Haftung bei den neueren Verzahnungsformen

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Gegründet werden kann ein MVZ nur von Leistungserbringern im Sinne des SGB V, mithin auch von Krankenhäusern. Der Behandlungsvertrag kommt stets ausschließlich mit dem Träger (Betreiber) des MVZ zustande, nicht aber mit den behandelnden Ärzten. Aus diesem Grund haftet der Träger des MVZ stets für Behandlungsfehler der MVZ-Ärzte, gleichgültig, ob diese als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Daneben haften die Ärzte des MVZ für Fehler des eigenen Aufgabenbereiches ggf. deliktisch. Welche Rechte und Pflichten, dem für jedes MVZ notwendigen ärztlichen Leiter zukommen, hat der Gesetzgeber nicht beschrieben. Dementsprechend ist der ärztliche Leiter des MVZ grundsätzlich nur für die übergreifende medizinische Organisation verantwortlich.

Institutsambulanzen nach § 116b SGB V

Neuerdings können Krankenhäuser zur Erbringung bestimmter hochspezialisierter Leistungen zugelassen

werden. Der Behandlungsvertrag kommt nur zwischen dem Krankenhausträger und den Patienten zustande. Damit liegt das Behandlungsfehlerrisiko allein beim Krankenhausträger. Die behandelnden Ärzte haften ggf. deliktisch.

Der (teil-)zugelassene Chefarzt

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat die Möglichkeit des Erwerbs der sogenannten Teilzulassung von Krankenhausärzten als Kassenarzt eröffnet.

Der Behandlungsvertrag kommt zwischen dem Arzt und dem Patienten seiner Praxis zustande. Damit haftet grundsätzlich nur der niedergelassene Arzt. Eine Haftung des Krankenhausträgers scheidet regelmäßig aus.

Bei den in jüngster Zeit geschaffenen innovativen Versorgungsmodellen lassen sich keine neuen gravierenden Haftungsrisiken auf Behandlerseite erkennen. Ein besonderes Augenmerk muss jedoch auf die vielseitig entstandenen Schnittstellenbereiche gelegt werden. Wichtig sind in diesem Zusammenhang eine genaue Abgrenzung der Aufgabengebiete und eine gut funktionierende Kommunikation. Denn Fehler in diesen Bereichen gehen im Zweifel zulasten aller an der Behandlung Beteiligten.

Prof. Dr. med. H.-J. Nentwich
Friedrich-Staude-Str. 2
08060 Zwickau

* Mit freundlicher Genehmigung des Verlags für arztrecht

Red.: ge

Judith Esser Mittag-Preis

Ausschreibung 2010 des „Judith Esser Mittag-Preises“ der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. für Arbeiten zu allen Aspekten der Subspezialität

Die beiden besten wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie werden von der AG Kinder- und Jugendgynäkologie e. V. mit dem Judith Esser Mittag-Preis ausgezeichnet.

Der 1. Preis ist mit € 4.000,00 und der 2. Preis mit € 2.500,00 dotiert.

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte/Innen mit einer deutschen Approbation. Neben Arbeiten von einzelnen Autoren sind auch solche von Arbeitsgruppen zugelassen. Bei letzteren wird der Ausweis der Einzelleistungen in den Schriften vorausgesetzt.

Die in deutscher Sprache verfassten Arbeiten dürfen nicht älter als 18 Monate, nicht veröffentlicht und noch nicht mit einem Preis ausgezeichnet worden sein.

Nach schriftlich bestätigtem Eingang einer Arbeit beim Vorstand der AG ist sie für den/die Verfasser/in zur Veröffentlichung frei. Der Vorstand der AG bestellt die Mitglieder eines Gutachterkollegiums. Dessen Entscheid ist unanfechtbar, der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Arbeiten können ab sofort eingereicht werden an die

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.
z.H. Herrn Prof. Dr. med. Helmuth G. Dörr
Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche
Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

Einsendeschluss ist der 15. Juli 2010

Der Stille-Post-Effekt – oder mehr?

Wer erinnert sich nicht an das Spiel in der Kindheit: der erste in der Reihe flüstert „Milchkuh“ und der letzte der Reihe hört „mieses Huhn“. **Einen ähnlichen Weg scheinen uns die Aussagen zur neuen Fachinformation für methylphenidathaltige Präparate gegangen zu sein**, die in Deutschland – nach EU Richtlinien – vereinheitlicht wurden und deren Text ab 1.9.2009 verbindlich ist.

So steht in der neuen Fachinformation: *Eine entsprechende pädagogische Einstufung ist essentiell und psychosoziale Maßnahmen sind im Allgemeinen notwendig. Methylphenidat ist im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren indiziert, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben (Fachinformation Medikinet 9/09).*

Oder:

Eine entsprechende pädagogische Betreuung und psychosoziale Maßnahmen sind im Allgemeinen notwendig. Wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben, muss die Entscheidung, ein Stimulans zu verordnen, auf Basis einer strengen Einschätzung der Schwere der Symptome des Kindes beruhen (Fachinformation Ritalin 9/09).

Daraus wird in der Pressemitteilung der BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer, www.ptk-hamburg.de/aktuelles/nachrichten/2794105.html) nur noch:

Erst nachdem sich andere therapeutische Maßnahmen (z.B. Psychotherapie) allein als unzureichend erwiesen haben, ist Methylphenidat überhaupt im Rahmen einer multimodalen Gesamtstrategie indiziert, die sowohl psychologische, pädagogische, soziale und pharmakologische Maßnahmen beinhaltet.

Und in der Laienpresse – wie dem Wirtschaftstipp für Pädiater – wird daraus:

Eine medikamentöse Therapie ist nur indiziert, wenn eine Psychotherapie keine ausreichende Wirksamkeit gezeigt hat.

Diese letzte Information ist inzwischen bei den Hamburger Lehrern angelangt, die sie eiligst an die Eltern weitergeben. Eine neue Welle der Verunsicherung beginnt: im Glauben, ihr Kind werde falsch therapiert, setzen zahlreiche Eltern das Medikament ab, auch wenn es bereits zu einer deutlichen Besserung der ADHS-Symptomatik geführt hat. Auch Kinder- und Jugendärzte sind verunsichert: dürfen sie jetzt keine Stimulanzien mehr verschreiben, obwohl sie – wie bisher schon immer – sorgfältig die Diagnose gestellt und Komorbiditäten berücksichtigt und psychoedukative Maßnahmen sich als wirkungslos gezeigt haben.

Also zurück zur Fachinformation: Nach Einsatz von psychoedukativen Maßnahmen und ausbleibender Wirksamkeit ist die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien lege artis. So wird es auch in den Leitlinien der Fachgesellschaften empfohlen.

Beunruhigend ist nur, wie Informationen verfälscht werden. Ein anderer Passus macht ebenfalls Sorgen: die Behandlung *muss unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern* durchgeführt werden. Jedem ist klar, dass damit auch Kinder- und Jugendärzte/innen gemeint sind. In der Weiterbildungsordnung



© Sandra Brunsch – Fotolia.com

wird ihm bestätigt, dass sie für *die Erkennung und koordinierte Behandlung für Verhaltensstörungen bei Kindern* zuständig sind und falls notwendig andere Fachgruppen in Diagnostik und Therapie einbeziehen sollten. Aber wer weiß, was die stille Post aus diesem Passus macht.

Es ist daher wichtig, offensiv unsere Rechte einzufordern – und auf unsere Fähigkeiten hinzuweisen: in den Selbsthilfeverbänden, bei Kollegen und Kolleginnen, in der Öffentlichkeit.

Dr. Kirsten Stollhoff und Dr. Klaus Skrodzki
für die AG ADHS

Red.: ge

Zentraler Vertreternachweis des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Partner

oder suchen Sie als angehender oder ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingsangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Telefon (02 21) 6 89 09 10-23, Telefax 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Zwanzig Jahre Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Seit 1991 habe ich die Tätigkeit der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin (DAKJ kontinuierlich beobachten können. Als Sprecher der Umweltkommission und Geschäftsführer der Dokumentations- und Informationsstelle für Umweltfragen (DISU) und für Allergiefragen (DISA) (jetzt Kinderumwelt gGmbH) habe ich an fast allen Mitgliederversammlungen teilgenommen, und wegen der notwendigen Abstimmungen über die Arbeit und Finanzierung von DISU/DISA und Kinderumwelt habe ich häufig mit den Generalsekretären und der Geschäftsführung zu tun gehabt. Aus dieser Sicht – halb intern, halb als Außenseiter – gebe ich einen subjektiv gefärbten Rückblick auf die vergangenen zwanzig Tätigkeitsjahre der DAKJ.

Geschichte

Nach einer **Gründungssitzung** am 11. Mai 1988 wurde am 4. Dezember 1989 mit der Eintragung der Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (später umbenannt in Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin) in das Vereinsregister des Amtsgerichtes Köln die Gründung der Akademie zu einem formalen Abschluss gebracht. Mitglieder waren die Präsidenten der drei konstituierenden Gesellschaften und deren Vertreter, dazu ein Sprecher, ein Schatzmeister und eine Geschäftsführerin (Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde, Prof. H. Bickel, Prof. J. Brodehl; Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands, D. W. Schmidt, Dr. K. Gritz; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Prof. T. Hellbrügge, Prof. H.G. Schlack; Dr. P. Schweier als Sprecher, Prof. K. v. Schnakenburg als Schatzmeister und Frau J. Radbruch als Geschäftsführerin). Zunächst war an eine Koordinierung der kinderärztlichen Fortbildungsaktivitäten gedacht worden. Bei den vorbereitenden Gesprächen kam man überein, dass „die dringende Notwendigkeit gesehen wurde, die Zusammenarbeit auch auf andere Gebiete auszudehnen und vertrauensvoll zu intensivieren.“ Es wurden folgende Aufgaben benannt:

- Rahmenbedingungen für die bestmögliche *gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen* zu erarbeiten;
- *Weiter- und Fortbildung* von Kinderärzten;
- Förderung und Vertretung der *Interessen der Kinderheilkunde, in der Öffentlichkeit* und gegenüber ärztlichen und nichtärztlichen Organisationen und In-

stitutionen und Herausgabe von Publikationen im Rahmen des Vereins.

Dazu wurden „Aufgabengebiete“ festgelegt:

- Kontaktbildung auf den verschiedensten Ebenen,
 - Einflussnahme auf die universitäre Ausbildung der Studenten,
 - Sicherstellung von Qualitätsanforderungen an Nicht-Pädiater, die Kinder betreuen und Vorsorgeuntersuchungen vornehmen,
 - Bereitstellung einer flächendeckenden pädiatrischen Versorgung, unter Einbeziehung der Kinderärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (deren Anzahl erheblich vergrößert werden müsse),
 - Gesundheitserziehung,
 - Beachtung der Beschlüsse der europäischen Gremien,
 - Beschäftigung mit der Gesundheitsgefährdung von Kindern und Jugendlichen durch Umweltverschmutzung und soziale Umweltbedrohung,
 - Öffentlichkeitsarbeit, um die Wichtigkeit der Kinderheilkunde für die Sicherung der Volksgesundheit darzustellen.
- 1991 berichtete Prof. Bickel in einem ersten Bericht, dass mehrere Sitzungen stattgefunden hätten und Stellung bezogen worden sei zu einer Altersbegrenzung in der pädiatrischen Versorgung, zu Leistungskontrollen in der pädiatrischen Praxis und im Krankenhaus, zum Personalnotstand in der Kinderkrankenpflege, zur Aktivierung von Forschungsvorhaben und zur Koordinierung von Fortbildungsveranstaltungen, und dass eine Dokumentations- und Informationsstelle für Umweltfragen und eine Impfkommission gegründet worden seien.

Mit diesen Aufzählungen sind fast alle pädiatrischen „Baustellen“ beschrieben, die uns auch heute noch beschäftigen.

Heute definiert die DAKJ ihre Aufgaben so: „Die Akademie koordiniert und bearbeitet die gemeinsamen Anliegen der kinder- und jugendmedizinischen Verbände und vertritt sie nach außen. Sie konzentriert sich auf die Kerngebiete, wie z. B. Weiterbildung und Fortbildung, ambulante und stationäre kinder- und jugendmedizinische Versorgung, soziale Lage des Kindes, Prävention, Impffragen, Umweltbelastungen und ethische Fragen.“

Personelle Besetzung: Sprecher der Akademie, später als Generalsekretär bezeichnet, waren

Prof. J. Spranger, Prof. J. Brodehl, Prof. D. Niethammer.

Seit Mai 2008 ist Prof. H. J. Nentwich Generalsekretär, seine Vertreterin ist Frau Prof. A. Grüters-Kieslich.

Schatzmeister waren Prof. K. v. Schnakenburg, Dr. F.J. Drobnitzky, Dr. M. Kinet; Dr. M. Schulz ist augenblicklich Schatzmeister.

Geschäftsführerinnen waren Frau J. Radbruch, Frau M. Benigni; derzeit ist Frau Dr. med. H. Högl in dieser Position.

Aktivitäten

Vorstandssitzungen, Delegiertenversammlung

Neben etwa halbjährlichen Vorstandssitzungen ist die einmal jährlich stattfindende, ganztägige Mitgliederversammlung die zentrale Veranstaltung der DAKJ. Neben dem Vorstand sind dabei anwesend die Vertreter von als Mitglieder der DAKJ kooptierten Gesellschaften aus Spezialge-

bieten der Kinder- und Jugendmedizin und angrenzender Fachgebiete und die Vorsitzenden der von der DAKJ eingerichteten Kommissionen. Berichtet wird über die jeweils im abgelaufenen Geschäftsjahr angefallenen oder erledigten Arbeiten. Der Vorstand berichtet seinerseits über das Geschäftsjahr. Der Kassenbericht und der Etatanschlag für das kommende Jahr werden vorgestellt. Dieses Forum bietet neben den – sehr unterschiedlich lang ausfallenden – Einzelberichten ein wertvolles Kommunikationsforum, auf dem in persönlichem Kontakt während der Mitgliederversammlung und oft bereits am vorhergehenden Tag bei gemeinsamem Abendessen eine Vielzahl von Problemen, etwa berufspolitischer Art, besprochen werden.

Kommissionsarbeit

Die Arbeit der im Laufe der Jahre eingerichteten Kommissionen ist fruchtbar und vielfach hilfreich gewesen. Hierzu gebührt den jeweiligen Vorsitzenden und den Mitgliedern Dank für z.T. sehr intensive, zeitaufwendige Arbeit auf diesem sachbezogenen Gebiet. Hier ist das Ziel, eine Zusammenarbeit der verschiedenen pädiatrischen Gesellschaften zu bewirken, erreicht worden, wobei nicht unerwähnt bleiben soll, dass es viele weitere Kommissionen gibt, die bei den einzelnen Verbänden geblieben sind.

Es existieren Kommissionen für

- Ethik in der Forschung an Kindern und Jugendlichen
- Ethische Fragen
- Forschung in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin
- Infektionskrankheiten und Impffragen
- Jugendmedizin
- Kindergesundheit in Kindertagesstätten
- Kinderschutz
- Koordinierung der Fortbildung in der Kinder- und Jugendmedizin
- Medizinisches Qualitätsmanagement
- Qualitätssicherung in der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Verbände übergreifende Arbeitsgruppe)
- Umweltfragen
- Weiterbildungs- und Strukturfragen
- Zukunft und Struktur der DAKJ

Außenvertretung

Die Akademie ist nur gelegentlich als Sprachrohr der deutschen Pädiater in Erscheinung getreten. Hier dürften man-

gelnde Absprachen und Verbandseingaben häufig der Grund dafür gewesen sein, dass der größere Teil der Öffentlichkeitsarbeit nicht über die DAKJ gelaufen ist. Die in den letzten Jahren von der DAKJ veranstalteten Parlamentarischen Abende und die Veröffentlichungen abgestimmter Stellungnahmen konnten inzwischen manche dieser Defizite ausgleichen.

Weiter- und Fortbildung von Kinderärzten

Diese Aufgaben sind im weitgehend von der DGKJ und vom BVKJ übernommen worden, hier ist die Akademie nicht wesentlich aktiv geworden. Bemühungen zur Koordinierung aller Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Kinder- und Jugendmedizin durch die DAKJ sind zunächst am großen Umfang dieser Aufgabe gescheitert. In letzter Zeit beteiligt sich die Akademie auf z. B. auf dem Gebiet der Jugendmedizin am bundesweiten Fortbildungsgeschehen.

War die DAKJ erfolgreich?

Insgesamt sind die hochgesteckten Ziele zumeist nicht erreicht worden.

Anders als die American Academy of Pediatrics (AAP), die ein breites Arbeitsfeld hat, im Konsens mit den US-amerikanischen Kinderärzten eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit betreibt, mit einer Vielzahl von Kommissionen und Kommissionspapieren und Stellungnahmen strukturierend und autoritativ die US-amerikanische pädiatrische Lehre und Praxis gestaltet, und die dafür zu einer großen, autorisierten und finanzstarken Institution mit mehreren hauptamtlichen Mitarbeitern ausgestaltet worden ist, ist die DAKJ mit relativ kleinem Etat personell schwach besetzt. Die Generalsekretäre, die im Dienste der DAKJ in ihrem Ruhestand, z.T. auch noch neben ihrer hauptamtlichen Tätigkeit, eine bemerkenswert große Arbeitslast getragen haben, haben dafür nur eine geringe Aufwandsentschädigung bekommen (und oftmals mehr Ärger und Querelen als Anerkennung erhalten). Die jeweiligen Generalsekretäre konnten auch nicht, wie es erstrebenswert gewesen wäre, in Bonn oder später in Berlin aktive, häufig präzente Pädiatrie-Lobbyisten sein.

Die Kommissionen, die von der DAKJ eingerichtet worden sind, haben gut und effektiv gearbeitet.

Eine nennenswerte Außenwirkung war über lange Zeit hinweg nicht entwickelt worden. Wahrscheinlich weiß auch heute

nicht einmal die Mehrzahl der Pädiater genau, was die DAKJ eigentlich ist und was sie macht. Medien, Parlamentarier, Mitarbeiter der Bundesoberbehörden und der Ministerien werden die DAKJ kaum gekannt haben. Dies hat sich in den letzten Jahren entscheidend gebessert. Die DAKJ wird bei allen wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen stets angefragt.

Aus meiner Erfahrungen aus der Vergangenheit hat eine wichtige Ursache für die mangelnde Umsetzung der Vereinsziele in dem Autonomiewunsch der konstituierenden Gesellschaften und dem Bestreben der jeweiligen Vertreter dieser Gesellschaften gelegen, lieber selbstständige Duodezfürsten zu sein als abhängige Vasallen. Befugnisse, Koordinationsaufgaben, Außenvertretung etc. sind oft nur zögernd konzidiert worden, vielleicht auch zu zögernd wahrgenommen worden.

Führt man sich die Gesamtkonstellation vor Augen, dann hat der Vorstand, dann hat insbesondere der Generalsekretär, eine schwere Aufgabe: mit geringen Ressourcen und häufig zögerlicher Unterstützung seitens der konstituierenden Verbände die wichtige Arbeit fortzuführen. Dank und Bewunderung gilt Herrn Prof. Nentwich, dass er sich dem gestellt hat, wie auch seinen drei Vorgängern.

Man mag aber auch freundlicher urteilen: Die DAKJ ist bislang keineswegs wirkungslos, die Tätigkeit ist nicht umsonst gewesen. Neben den fruchtbaren Kommissionsarbeiten hat die DAKJ eine institutionalisierte Plattform geboten, auf der sich in regelmäßigen Abständen die Vertreter und Mitarbeiter der Verbände getroffen, ihre z.T. gleichlautenden, oft auch divergierenden Ansichten und Pläne verbalisiert und diskutiert haben. Möglicherweise können in Zukunft neue oder intensivere Kooperationen durch die DAKJ gestaltet werden. Dazu müssten die Mitglieder ein deutliches Votum geben. Aber auch für das bisher Erreichte, für das augenblickliche Niveau gilt: Wenn es die Akademie nicht gäbe, dann müsste man sie unbedingt einrichten.

Prof. Dr. med. Karl Ernst v. Mühlendahl
Kinderumwelt eGmbH
Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, Westerbreite 7, 49084 Osnabrück
Tel. +49 541 97789 -00 Fax +49 541 97789 -05
Kinderhospital Osnabrück, Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück

Red.: ge

Auslese 2009: Bücher für große und kleine Leser



Allen Unkenrufen über Wirtschaftskrise, PISA Studie, sinkende Lesefähigkeit bei Kindern und Jugendlichen, über die Krise des Bilderbuches und das Verschwinden des traditionellen Kinderbuches zum Trotz: Es gab sie auch in diesem Jahr wieder, die herausragenden und die richtig guten, die schönen und ansprechenden, die spannenden und anrührenden Bilder- und Kinderbücher, und das in durchaus beachtlicher Anzahl.

2009 war aber nicht nur ein gutes Jahr für die Kinderliteratur, sondern es war auch Heinrich-Hoffmann-Jubiläumsjahr! Der 200. Geburtstag des Schöpfers des Struwwelpeters bescherte uns neben einer Vielzahl von Ausstellungen und Veranstaltungen auch eine Reihe neuer Struwwelpeter-Ausgaben, Parodien und Nachdichtungen.

Eine ganz ungewöhnliche und überzeugende Interpretation des Kinderbuch-Klassikers legten die Berliner Zeichner und Comic-Künstler Fil und Atak im Sommer diesen Jahres vor (siehe auch: Tilmann Gempp-Friedrich, KJA, Heft 9, S 479). Dabei handle es sich nicht um eine Parodie, erklärten beide, nicht

um antiautoritären Struwwel-schnack, sondern um eine in Wort und Bild vom Geist des Originals durchdrungene Coverversion. Atak und Fil, der in diesem Fall für den Text verantwortlich zeichnet, spazieren in ihrem Struwwelpeter durch Hoffmans Geschichten, verändern sie, transportieren sie in die Jetztzeit, schreiben sie um und weiter. Ataks äußerst malerische, bunte, anspielungsreiche und von einer runden Ornamentik durchzogene Bilder laden erwachsene wie kindliche Leser ein, hinter den neuen Zeichnungen die älteren zu entdecken und die Verweise auf die Klassiker der Comic-Geschichte von Batman über Hergés Tim bis zu Popeye zu entschlüsseln.

Besonders lustig aber sind die Weiterdichtungen der beiden: etwa wenn sie der Frage nachgehen, was denn eigentlich aus der Schultasche von Hans-Guck-in-die-Luft wird, nachdem dieser ins Wasser gefallen ist. Die Tasche treibt in ein fremdes Land, wo die Wilden sie aus dem Wasser ziehen und beginnen, aus Hans' Büchern Chemie und Physik zu lernen, um schließlich Chemiewaffen und ein Schiff zu bauen und damit nach Deutschland zu fahren. Und auch eine ganz zeitgemäße Episode fügen Fil und Atak ihren Neuinterpretationen an: Die Geschichte eines Jungen namens Justin nämlich, der sich zu Weihnachten nichts sehnlicher wünscht als eine X-box.



Dr. Maria Linsmann



© Klett-Kinderbuch, Illustration von Anke Kuhl

Womit auch Struwwelpeter endgültig im 21. Jahrhundert angekommen wäre!

Das gilt im übrigen auch für die zweite empfehlenswerte Struwwelpeter-Neuschöpfung von Wilfried von Bredow, die, in Anspielung auf Franka Potentes Kinofilm „Lola rennt“, unter dem Titel „Lola rast“ erschienen ist. Hoffmanns Struwwelpeter wird hier in frechen Texten und mit treffsicheren, witzig karikaturistischen Bildern aus der Feder von Anke Kuhl in die Gegenwart übertragen. Die sieben Geschichten erzählen von übertriebenem Fernsehkonsum und Schönheitswahn bei Kindern, von Aggressivität und rüpelhaftem Verhalten im Straßenverkehr, von ausartendem Freiheitsdrang der lieben Kleinen und vom Chaos im Kinderzimmer. Ähnlich wie bei Hoffmann haben die meisten Geschichten ein durchaus drastisches Ende und ähnlich auch wie beim Original-Struwwelpeter wissen Kinder auch hier ganz genau, dass es sich dabei um Übertreibungen handelt. Aber gerade darin liegt wohl der Reiz dieser Geschichten – heute genauso wie vor 200 Jahren.

In die dunkle Zeit der Besetzung der Niederlande durch die Deutschen im 2. Weltkrieg zurück führt die Geschichte zweier anderer Neuerscheinungen des Jahres 2009. Bei der einen handelt es sich um eine kleine Bücherkiste mit der Anmutung eines Schatzkästchens. Sie enthält 10 dünne Heftchen, jeweils 12 Seiten stark, die mit einem roten Faden zusammengebunden sind. Neun davon sind faksimilierte Briefe des jüdischen Tierarztes Jacob van der Hoeden, die dieser an seine Tochter Lieneke schrieb, das zehnte enthält einen Text der französischen Schriftstellerin Agnes Desarthe, den sie in einem israelischen Kibbuz entdeckte und daraus ein Buch machte. „Vor unserer Abreise versammelte uns Mama alle um ihr Bett, das sie wegen ihrer Krankheit nicht mehr verlassen konnte. ‚Von heute an‘, hat sie zu uns gesagt, ‚können wir nicht mehr zusammen sein. Wir werden uns eine Zeit lang nicht sehen. Von heute an sind wir nicht mehr dieselbe Familie. Alles muss sich ändern. Ihr seid nicht mehr die, die ihr einmal wart. Ihr seid keine Juden mehr“. An diese Szene erinnert sich die Empfängerin der Briefe, die damals zehnjährige Lieneke, die heute über siebzigjährig in Israel lebt. Gerade einmal sechs Jahre war sie alt, als die deutschen Truppen 1940 die Niederlande besetzten. Als die Deportationen begannen, beschlossen die Eltern, ihre

Kinder unter fremden Namen und falscher Identität bei verschiedenen Familien zu verstecken. Lieneke und ihre Geschwister mussten mal katholisch sein, mal protestantisch, und sie durften keinerlei Kontakt mehr haben zu ihrer Familie. Einzige Verbindung waren die liebevoll gezeichneten und geschriebenen Heftchen, die der Vater Lieneke heimlich zukommen ließ. Hier berichtete er – verschlüsselt zwar – aber für das Kind übersetzbar, von den Neuigkeiten in der Familie und nahm Anteil an Lienekes Alltag. Eine Stunde lang durfte Lieneke die Heftchen behalten, dann sollten sie verbrannt werden. Doch der Arzt, der Lieneke versteckte, brachte es nicht übers Herz, diese wunderschön und liebevoll gestalteten Dokumente väterlicher Liebe zu vernichten. Er vergrub sie heimlich im Garten und gab sie gleich nach der Befreiung an Lieneke zurück. Sie nahm sie mit nach Israel und schenkte sie einem Kindermuseum in einem jüdischen Kibbuz, wo Agnes Desarthe sie dann entdeckte. Ein authentisches und anrührendes Zeugnis aus finsterner Zeit und zugleich ein Mittel, um auch heutigen Kindern die Geschichte der Judenverfolgung auf unmittelbare und altersgerechte Weise näher zu bringen. Wer sich ausführlicher mit Lieneke und ihrem Schicksal beschäftigen möchte, dem sei das kürzlich erschienene Kinderbuch „Das Mädchen mit den drei Namen“ von Tami Shem Tov in einer Übersetzung von Miriam Pressler empfohlen. Die bekannte israelische Jugendbuchautorin erzählt hier, basierend auf Lienekes Kindheitserinnerungen, die Geschichte jener Zeit. Im Anhang des Buches finden sich eine Reihe von Kindheitsfotos Lienekes sowie ein Interview, in dem sie ihren Lebensweg und die weitere Geschichte der Briefe schildert.

Ebenfalls ein Buch der ganz besonderen Art stammt aus Mexiko und trägt den in sich widersprüchlichen Titel „Das schwarze Buch der Farben“. Und tatsächlich: das Buch ist völlig schwarz bis auf den wenigen Text, der in silbergrau jeweils an den unteren Rand der linken Bildseite gedruckt ist. Oben links steht er noch



Jacob van der Hoeden: Lienekes Hefte
Copyright © 2007 l'école des loisirs, Paris
Für die deutsche Ausgabe
Copyright © 2009 Verlagshaus Jacoby & Stuart, Berlin

einmal: Für den normalen Leser fast unsichtbar, gedruckt in schwarzer Brailleschrift. „Für Thomas schmeckt die Farbe Gelb nach Senf, und sie ist so weich wie der Flaum von Küken“, heißt es in beiden Schriftarten. Auf der gegenüberliegenden Seite findet man, in schwarzer Lackfarbe gut sichtbar und für Sehende wie Nicht-Sehenden mit den Fingerspitzen wunderbar zu ertasten, das Bild flauschiger Kükenfedern. Auch auf den nächsten Seiten werden in gleicher Weise die anderen Assoziationen geschildert, die der blinde Thomas mit den unterschiedlichen Farben verbindet: Rot mit dem Geschmack von Erdbeeren, Wassermelonen und Blut, Grün mit frisch gemähtem Gras und Pfefferminzeis und Schwarz mit den Haaren seiner Mutter, die ihn zärtlich einhüllen. Auf diese Weise entfaltet sich durch das eigentlich monochrom schwarze Buch in der Fantasie

der Leser eine vielfältige Farbenpracht. Auf der letzten Seite schließlich findet sich das Braille-Alphabet. Mit der entsprechenden Übersetzung der Buchstaben in unser Alphabet darunter ermöglicht es den Lesern, die Blindenschrift zu erlernen. Aber nicht nur dazu ermuntert „Das schwarze Buch der Farben“. Es ist zugleich auch eine Einladung, unsere Sinne, ganz besonders den Tastsinn, zu sensibilisieren und zugleich eine Ahnung davon zu bekommen, wie es ist, nicht sehen zu können.

Und wer zum Jahresende noch einmal so richtig lachen möchte, dem sei schließlich Timo Parvelas „Ella auf Klassenfahrt“ empfohlen. In diesem aberwitzig komischen Kinderbuch, dem dritten Band einer überzeugenden Reihe um Ellas Schulerlebnisse, erzählt der finnische Autor Timo Parvela mit derart trockenem Humor und zugleich völlig überdreht von den Abenteuern

und Verwirrungen einer Klassenfahrt, dass sich erwachsene Vorleser wie kindliche Zuhörer und Leser vor Lachen biegen.

1. Atak, Fil, Der Struwelpeter, Kein & Aber 2009
2. Wilfried von Bredow, Anke Kuhl, Lola rast und andere schreckliche Geschichten, Klett Kinderbuch Verlag 2009
3. Jacob van der Hoeden, Agnes Desarthe (Hrsg.), Lienekes Hefte, Jacoby & Stuart, 2009
4. Tami Shem-Tov, Das Mädchen mit den drei Namen, Fischer Schatzinsel 2009
5. Menena Cottin, Rosana Faria, Das schwarze Buch der Farben, Fischer Schatzinsel 2009
6. Timo Parvela, Ella auf Klassenfahrt, Hanser Verlag 2009

Dr. Maria Linsmann
Burgallee 1, Burg Wissem
54840 Troisdorf
Tel. 02241/8841-11 oder -17
E-Mail: museum@troisdorf.de
www.bilderbuchmuseum.de

Red.: ge

Inhaltsangabe Heft 12/09

Klinische Fortbildung

Entstehung einer Zwillingschwangerschaft

Prävention

Expertenstandard Sturzprophylaxe: Bedeutung für die Pädiatrie

Klinische Fortbildung

Das Hereditäre Angioödem (HAE)

Klinische Fortbildung

Differentialdiagnostik papulöser Hautveränderungen

Berufs- und Rechtsfragen

Pflegerecht für Kinder

Aus Wissenschaft und Forschung

Hat die Reduktion von Pflegepersonal Folgen auf die Qualität der Krankenhausbehandlung?



Ferner: Hinweise, Aus Wissenschaft und Forschung, Prävention, Verbandsmitteilungen, Tagungsberichte, Prophylaxe, Messeberichte, Ehrungen, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

„kinderkrankenschwester“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementpreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,10) beim

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

VORSCHAU

Für das Januar-Heft 2010 sind u.a. vorgesehen:

Fortbildung

Ausbildung mit Lernaufgaben zur Förderung der Handlungskompetenz im Umgang mit Familien

Ernährung

Lakritze

Intensivpflege

Entwicklungsfördernde, familienzentrierte, individuelle Betreuung von Frühgeborenen (EFIB®)

Klinische Fortbildung

Meningokokkeninfektionen

Elternberatung

Babyschlafcoaching

Aus Wissenschaft und Forschung

Compliance für Händehygiene und Handschuhgebrauch: Was bewirkt ein intensives Schulungsprogramm?

Lebensgefährliche Hilfe im kongolesischen Bürgerkrieg

Förderpreis des BVKJ „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ an Dr. med. Gabriele Hullmann aus Bad Driburg

Dr. med. Gabriele Hullmann absolvierte nach ihrem Medizinstudium die kinderärztliche Facharzt-Weiterbildung in der Kinderklinik der Universitätsklinik Essen unter der Leitung von Professor Stephan. In diese Zeit fiel auch ihre Promotion.

1993 ging sie als Kooperantin zunächst für ein Jahr in ein Krankenhaus in Kabinda. Der Ort Kabinda liegt im Herzen des ehemaligen Zaire und gehört jetzt zur Demokratischen Republik Kongo. Das Krankenhaus wird von einer katholischen Gemeinschaft geleitet und finanziell ausschließlich durch Spenden finanziert. In diesem Jahr kam es zu einer ersten Flüchtlingskatastrophe. Tausende versuchten in wochenlangen Fußmärschen aus dem Kasai in die Region um Kabinda zu fliehen. Das Krankenhaus musste hunderte unterernährte, mit Infektionskrankheiten aller Art infizierte Kinder und Erwachsene versorgen. Gabriele Hullmann hat in Ernährungszentren, die mit Hilfe von Medecins sans frontières (MSF) errichtet wurden, ein Ernährungsprogramm mit stufenweisem Nahrungsaufbau für unterernährte



Kinder entwickelt. Die von ihr festgelegten Standards werden noch heute verwendet.

Nach einer kurzen Unterbrechung ihrer Tätigkeit im Kongo trat Gabriele Hullmann in die katholische Gemeinschaft der Seligpreisungen ein, um im Jahre 1995 erneut nach Kabinda auszureisen, wo sie kontinuierlich sechs Jahre geblieben ist. Sie hat als Leiterin der Kinderabteilung und über drei Jahre als Krankenhausesektorin gearbeitet. In dieser Zeit brach der uns allen in Erinnerung gebliebene „afrikanische Weltkrieg“ aus, in der Kabinda zur Front

im Kriegsgeschehen wurde. Ruanda, Uganda, Angola, Sambia, Simbabwe, Zaire, Hutu und Tutsi waren in einen verheerenden Bürgerkrieg verwickelt, der die diplomatischen Vertretungen bewog, allen Ausländern die sofortige Ausreise anzuraten. Schwester Gabriele Hullmann blieb zusammen mit den anderen Mitgliedern ihrer Gemeinschaft trotz der offensichtlichen Bedrohung. Sie hatte in dieser Zeit eine Kinderabteilung mit bis zu 150 Kindern zu versorgen, die vorwiegend an schwerer Unterernährung litten.

Seit 2002 ist Schwester Gabriele Hullmann zurück in Deutschland und absolviert zurzeit eine Zusatzweiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Sie möchte die Anerkennung, die sie heute für ihren jahrelangen Einsatz erfährt, und den Preis, den sie erhält, an die Kinder von Kabinda weitergeben.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. verlieh den Förderpreis in Zusammenarbeit mit der Fa. Sanofi Pasteur MSD GmbH im Rahmen seiner Eröffnungsfeier zum 37. Herbst-Seminar-Kongress am 11.10.2009 in Bad Orb. ge

Tagungen

Januar 2010

21.–24. Januar 2010, Landshut
Spezialseminar: Echokardiografie und Dopplersonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin
Info: herterich@st-marien-la.de

März 2010

19.–21. März 2010, Marburg
59. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Info: www.sgkj2010.de

25.–27. März 2010, Hamburg
41. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)
Info: www.gpn2010.de

April 2010

15.–18. April 2010, Bad Zwischenahn
1st International Interdisciplinary Postgraduate Course on Childhood Craniopharyngioma
Info: www.kinderkrebsstiftung.de

Mai 2010

7.–8. Mai 2010, Heidelberg
150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg
Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendmedizin
Info: www.klinikum.uni-heidelberg.de/kinder

Juni 2010

23.–26. Juni 2010, Gürzenich Köln
KIT 2010 – 10. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin
Info: www.kit2010.de

Juli 2010

22.–27. Juli 2010, Landshut
Spezialseminar: Echokardiografie und Dopplersonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin
Info: herterich@st-marien-la.de

Ehrungen Bad Orb 2009

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. verlieh im Rahmen seiner Eröffnungsfeier zum 37. Herbst-Seminar-Kongress am 11.10.2009 in Bad Orb die

**Ehrenmitgliedschaft an
Professor Dr. med. Dr. h.c.
Dietrich Niethammer, Tübingen,**



in dankbarer Anerkennung seiner großartigen medizinischen und berufspolitischen Leistungen. Zahlreich sind Auszeichnungen und Ehrungen, die Professor Niethammer für sein beeindruckendes Lebenswerk erhalten hat, darunter das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen und Ungarischen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

In den Jahren 2004 bis 2007 leitete Professor Niethammer als Generalsekretär die Geschicke der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin. In diesem Amt gelang es ihm, mit großem Takt und diplomatischem Feingefühl die Interessen der deutschen Kinder- und Jugendärzte und der ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen gegenüber Politik und

Selbstverwaltung zu vertreten und die drei pädiatrischen Fachgesellschaften mehr und mehr zusammenzuschweißen.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. verlieh im Rahmen seiner Eröffnungsfeier zum 37. Herbst-Seminar-Kongress am 12.10.2009 in Bad Orb die

**Ehrennadel in Silber an
Dr. med. Wolfgang Nienaber, Telgte,
Dr. med. Josef Geisz, Wetzlar und
Dr. med. Waltraud Knipping,
Ottobrunn,**



in Würdigung ihrer herausragenden ehrenamtlichen Verdienste in zahlreichen Funktionen im Berufsverband.



Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. verlieh im Rahmen seiner Eröffnungsfeier zum 37. Herbst-Seminar-Kongress am 11.10.2009 in Bad Orb die

**Ehrenurkunde an
Dr. med. Nicola Lutterbüse,
Regensburg,**



als Dank für ihren maßgeblichen Anteil an der erfolgreichen Anpassung des Fallpauschalsystems (DRG) für pädiatrische Kliniken und Abteilungen an die spezifischen Verhältnisse der Kinder- und Jugendmedizin und somit der mittel- und langfristigen Existenzsicherung der stationären Kinder- und Jugendmedizin. ge

Fortbildungstermine des BVKJ

2010

Februar 2010

20.–21. Februar 2010

8. Pädiatrie alla Kart des LV Westfalen-Lippe

des bvkJ e.V., Dortmund

Auskunft: PD Dr. Hermann Kalhoff / Dr. S. Milde, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund, Tel. 0231 / 953-21679 ⑤

März 2010

5.–7. März 2010

16. Kongress für Jugendmedizin

des bvkJ e.V., Weimar

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

20.–21. März 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Bad Doberan / Rostock

Auskunft: Frau Dr. Harder-Walter / Frau Dr. Masuch, Tel. 0381 / 697189, Fax 0381 / 690216 ④

April 2010

17. April 2010

Pädiatref 2010

des bvkJ e.V. und

2. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

Landesverband Nordrhein in Köln

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212 / 315364; Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221 / 818089; Dr. Herbert Schade, Mechernich, Fax 02443 / 171403 ⑤

22.–25. April 2010

7. Assistentenkongress

des bvkJ e.V., Nürnberg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

Mai 2010

1./2. Mai 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Thüringen, Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99102 Erfurt-Niedernissa, Tel. 0361 / 5626303, Fax 0361 / 4233827 ①

5.–7. Mai 2010

Chefarzttagung – Seminar für Klinik- ärzte

des bvkJ e.V., Altötting

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 16, Fax: 0221/6 89 09 78

29. Mai 2010

23. Fortbildungsveranstaltung mit prak- tischen Übungen der LV Rheinland- Pfalz u. Saarland

des bvkJ e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241 / 5013600, Fax 06241 / 5013699 ①

Juni 2010

25.–27. Juni 2010

Kinder- und Jugendärztetag 2010

40. Jahrestagung des bvkJ e.V., Berlin
*Neue Medikamente – Kenne ich mich aus?
Pharmakotherapie im Kindes- und Jugend-
alter* ①

26.–27. Juni 2010

5. Praxisfieber Live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/6 89 09 15/16, Fax 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2010

10. Juli 2010

Pädiatrie zum Anfassen

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck,
Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214

③ DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536,
Digel.F@t-online.de

④ Med For Med, Rostock, Tel. 0381-20749709, Fax 0381-7953337

⑤ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851

des bvkJ e.V., LV Baden-Württemberg,
Nellingen

Auskunft: Dr. Rudolf von Butler, Walden-
bronner Str. 42, 73732 Esslingen, Tel.
0711/374694, Fax 0711/3704893 ②

August 2010

28. August 2010

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., Dresden

Auskunft: Dr. med. K. Hofmann, Chem-
nitz, PF 948, 09009 Chemnitz, Tel. 0371 /
33324130, Fax: 0371/33324102 ①

September 2010

11.–12. September 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Hamburg, Bremen,
Schleswig-Holstein und Niedersachsen,
Lübeck

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel.
0421/570000, Fax 0421/571000; Dr. Stefan
Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax
040/43093696; Dr. Dehtleff Banthien,
Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax
04521/2397 ②

Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2,
51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16,
Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@
uminfo.de) ②

November 2010

12.–13. November 2010

4. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Berlin

Auskunft: Dr. Burkhard Ruppert, Zabel-
Krüger-Damm 35-39, 13469 Berlin, Tel.
030 / 4024922, Fax: 030/40397254 ①

Laudatio zum 65. Geburtstag von Bernd Simon

Dr. Bernd Simon feierte am 15.11.2009 seinen 65. Geburtstag. Bernd Simon wurde in Kempten (Allgäu) geboren und bestand nach dem Besuch der Internatsschule Schloß Salem 1965 das Abitur. Es schloss sich das Studium der Medizin in Berlin und München an. Von 1970 bis 1972 war er an der chirurgischen Abteilung der dortigen Universitätspoliklinik tätig. Anschließend begann er die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, die er in der Kinderklinik des Deutschen Herzzentrums München und später in der Städtischen Kinderklinik München-Harlaching erfolgreich absolvierte. 1981 ließ er sich in eigener Praxis in München nieder und baute sie im Laufe der Jahre zu einem renommierten Behandlungszentrum für Kinder und Jugendliche aus. Inzwischen arbeiten dort drei Ärzte.

Sein berufspolitisches Engagement begann sehr früh. In der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns war er in diversen Gremien aktiv und scheute sich auch nicht, die nicht immer dankbare Funktion eines Prüf arztes wahrzunehmen. Dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte diente er in zahlreichen Funktionen, so als langjähriger Vorsitzender des Landesverbandes Bayern und insgesamt acht Jahre als Mitglied des Bundesvorstandes, zunächst als Beisitzer, von 2003 bis 2007 vier



Jahre lang als Schatzmeister. Zeitweilig war er auch Schatzmeister der DAKJ. Seit Jahren vertritt Bernd Simon zusammen mit Dr. Andreas Scheffzek die pädiatrischen Interessen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, neuerdings unterstützt durch Dr. Thomas Fischbach. Natürlich sitzt er auch weiterhin in der Vertreterversammlung der KV Bayerns und ist Delegierter in der Kammerversammlung der bayerischen Landes-

ärztekammer. Seit diesem Jahr ist er Vorsitzender des PAEDNetz Bayern.

Bernd Simon hat in allen Funktionen ganz maßgeblich dazu beigetragen, dass der BVKJ heute eine ernst zu nehmende Größe in der ärztlichen berufspolitischen Landschaft darstellt. Dies ist seiner Sachkunde, seinem Durchsetzungsvermögen und seinem taktischen Gespür zu verdanken. Dass er auch den Sinn für das Visionäre besitzt, zeigt seine Initiative innerhalb des BVKJ, mit neuen, selbst entwickelten Vorsorgeuntersuchungen die Prävention in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auszubauen und damit auch die Existenz der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin zu sichern. Der BVKJ hat Bernd Simon im Jahr 2008 für seine Verdienste mit der Goldenen Ehrennadel ausgezeichnet.

Lieber Bernd, ich gratuliere Dir ganz persönlich und im Namen aller Kolleginnen und Kollegen im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ganz herzlich zum 65. Geburtstag und wünsche Dir Gesundheit, genügend Zeit für Deinen Sport und Deine Familie, und weiterhin ein glückliches Händchen bei Deinen Aktivitäten.

Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

Red.: ge

Praxistafel

Kinderärztliche GP in Bad Marienberg **sucht Nachfolger** für ausscheidenden Teilhaber ab 01.01.2011.
Tel. 0 26 61 / 15 92, privat 0 26 61 / 54 83

Ertragsstarke Kinderarztpraxis in Hoyerswerda **sucht Nachfolger** zum 01. Juli 2010. Einarbeitung möglich.
Tel. 0 35 71 / 92 41 38

Anzeigenaufträge werden grundsätzlich nur zu den Geschäftsbedingungen des Verlages abgedruckt, die wir auf Anforderung gerne zusenden.

Buchtipp

Zernikow, B. (Hrsg.)

Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen



Springer Verlag, 468 S., 52 Abb., 83 Tab., € 59,95, ISBN 978-3-540-74063-3

Innerhalb von neun Jahren ist nun die 4. Auflage dieses Buches erschienen. Der Titel belegt schon, dass ein weiterer Schwerpunkt mit der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgenommen wurde.

Die Neugestaltung des Inhaltsverzeichnisses erlaubt eine rasche und bessere Übersicht über Basics, psychologische Aspekte, Arbeitsgebiete der Kinderkrankenpflege, Schmerzen im Kontext verschiedener Erkrankungen und multimodale bzw. komplementäre Therapiestrategien.

Besonders erwähnenswert ist in den Basics der Bereich der Schmerzmessung. Sie hat eine neue Gliederung und eine gute Übersicht über vorhandene Schmerzmessinstrumente sowohl für Früh- und Neugeborene als auch für beatmete Patienten und Kinder mit Schwerst-/Mehrfachbehinderungen erhalten. Die Autoren nehmen eine kritische Wertung zur Validität und Handhabung vor. Die gebräuchlichsten Skalen finden sich im Anhang des Buches wieder. Darüber hinaus wird auch der Sedierungsbogen für beatmete Früh- und Neugeborene bzw. Säuglinge nach Hartwig und erstmalig auch Module eines in Vorbereitung befindlichen deutschen Schmerzfragebogens für Kinder und Jugendliche diskutiert. Der Letztere erlaubt anhand eines Anamneseschemas für verschiedene Altersgruppen und auch Eltern die Beschreibung unterschiedlicher, chronischer Schmerzen.

Im Kapitel der pharmakologischen Grundlagen findet ein neuer Abschnitt zu den Triptanen, die nicht nur eine analgetische Wirkung haben, sondern auch die Begleitsymptome lin-

dern können, mit dem Hinweis auf medikamentös induzierte Kopfschmerzen als Nebenwirkung bei zu häufiger Anwendung, Eingang. Gleichzeitig wird aber auch auf die Unterschiede zwischen kindlichen und erwachsenen Migränepatienten und damit auch auf das unterschiedliche therapeutische Ansprechen hingewiesen.

Unter dem Abschnitt zu psychologischen Aspekten werden hilfreiche Bewältigungsstrategien für den akuten und chronischen Schmerz aufgezeigt. Dabei sind interventionelle Möglichkeiten für verschiedene Behandlungsmaßnahmen wie Impfungen, Venenpunktionen, Lumbalpunktionen detailliert dargestellt.

Im 3. Teil des Buches befasst sich die Kinderkrankenpflege mit dem Thema Schmerzprophylaxe und Behandlungsmaßnahmen. Hier werden nicht medikamentöse Maßnahmen wie die basale Stimulation, physikalische Therapien aber auch TENS und Biofeedback diskutiert. Besonders positiv finde ich auch die Auseinandersetzung mit den rechtlichen Voraussetzungen der Medikamentenapplikation durch das Pflegepersonal, die sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Therapie eine zunehmende Bedeutung haben. Es wird über die Verantwortung des Arztes für die Anordnung der Maßnahme, aber auch über die Möglichkeit der Delegation gesprochen.

Ein weiteres Thema ist der iatrogene Schmerz bei Blutabnahmen und Injektionen. Es werden praktische Tipps zur Schmerzreduktion bei Impfungen und interventionellen Eingriffen gegeben. Neue Möglichkeiten der Sedierung und Analgosedierung, z.B. mit einem Di-Stickstoff-Sauerstoffgemisch werden kritisch diskutiert und die nötigen Überwachungsmaßnahmen incl. ihrer Dokumentation, beschrieben. Detaillierte Vorschläge zur Analgosedierung bei verschiedenen Eingriffen sind in Abhängigkeit vom Alter des Patienten in einer übersichtlichen Tabelle dargestellt.

Das Kapitel Schmerztherapie bei lebensbedrohlichen und lebenslimitierenden Erkrankungen wurde neu aufgenommen. Hier wird genauso über die Behandlung massiver Schmerzen in der Kinderonkologie, wie auch über Schmerzen schwerst mehrfach behinderter Kinder, gesprochen. Applikationsweisen, Dosierungen von Opioiden und Nichtopioiden werden übersichtlich dargestellt und Empfehlungen zur Prävention und Behandlung von Opioidnebenwirkungen gegeben. Auch die Therapie mit den verschiedensten Adjuvantien ist ausführlich dargestellt.

Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt wird sich für die Kapitel zur Diagnostik und Therapie von Kopfschmerzen, chronischen Bauchschmerzen, sowie Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, interessieren.

Der Klinikarzt vermisst im letztgenannten Abschnitt aber Hinweise zur Behandlung von vaso-okklusiven Krisen bei Sichelzellerkrankheit, die zwar zweifellos zu den seltenen Schmerzursachen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gehören, aber in der Schwere der Schmerzen oft fehl bewertet sind und ein nicht unerhebliches Behandlungsproblem darstellen. Naturheilkundlich orientierte Methoden können die medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerztherapie sinnvoll ergänzen. Zudem werden sie von den Betroffenen Patienten und Angehörigen häufig gerne angenommen.

Zernikow und sein multiprofessionelles Autorenteam haben in dieser 4. Auflage ein umfassendes und absolut lesenswertes Buch zur Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen herausgegeben. Die Überarbeitung ist nicht nur in der Neuordnung der Themen und der Aktualität, sondern auch im Layout und der Übersichtlichkeit sehr gut gelungen. Dieses Buch sollte Eingang sowohl in die Praxis des niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziners als auch in die Bibliothek einer jeden Kinderklinik finden.

Gisela Janßen

Red.: ReH

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Baldung wählt für seine Madonnen-darstellung das im Spätmittelalter beliebte Motiv der Maria lactans, das übrigens seinen Ursprung in der ägyptischen Darstellung der Göttin Isis mit dem Horusknaben hat. Aber wir sehen keine andächtige Gottesmutter, sondern eine sinnlich-schöne junge Frau, deren träumerischer Blick nicht auf den Jesusknaben gerichtet ist, sondern in die Ferne schweift. Ihre Hand mit dem abgewinkelten Kleinfinger liegt auf der Brust, wobei zweifelhaft erscheint, ob sie auf diese Weise den Ausfluss der Milch fördern kann. Der Junge nuckelt etwas mürrisch an der Brustwarze, ohne wirklich zu saugen. Er sucht keinen Blickkontakt mit der Mutter, erweckt fast den Eindruck, frustriert zu sein. Der kleine Engel, der mit dem Schleier der Maria hantiert, betrachtet die Szene mit einem skeptischen Gesichtsausdruck. Ein Graupapagei zwickt die Mutter am Hals. Links auf der Fensterbank unterhalb des Engels sitzt ein kleiner langschwänziger Sittich. Das weißliche, warme Inkarnat der Maria setzt sich prächtig von dem des Knaben ab, es wird von der Perlenkette am Hals noch betont. Kastanienbraunes Haar umrahmt das Gesicht und fließt in breitem Schwall über die Schulter herab. Das Kinn, von einem Grübchen geziert, tritt kugelig vor.

Die symbolische Bedeutung der Vögel lässt sich nicht eindeutig bestimmen. Man vermutet, der Graupapagei, dessen Gefieder auch bei Regen nicht nass wird, symbolisiere die Jungfräulichkeit Marias. Vielleicht liebte und hegte der Auftraggeber auch Papageien und der Maler wollte ihm mit der Darstellung eine Freude bereiten.

Im Unterschied zu der Mehrzahl seiner Zunftgenossen entstammte Hans Baldung nicht einem Handwerker-geschlecht, sondern war Nachkomme einer humanistisch gebildeten Schwäbisch-Gmünder Gelehrtenfamilie. Er war einige Jahre in der Werkstatt von Albrecht Dürer tätig und übernahm viele Kenntnisse und Fertigkeiten des Meisters, von dem er auch mit wichtigen Aufträgen betraut wurde. Später ging er eigene Wege, wandte sich von den Normen der Dürerschen Klassik ab. Besonders seit 1520 ist ein Stilwandel zu erkennen. In seinen Werken findet man eine Dramati-



Hans Baldung, genannt Grien, Papageienmadonna, 1533, Germanisches Nationalmuseum, Nürnberg Foto: akg-images

sierung des Gefühlslebens. Wichtiger als kunsttheoretische Beschäftigung wurde für ihn das Studium der Natur, wobei der Begriff der Natur bei ihm auch das Unsichtbare einbezog. Besonders in seinen Holzschnitten treten Hexen und wilde Männer, dämonische Tiere und Fabelwesen, ja kosmische Erscheinungen auf. Er setzt sich mit der menschlichen Triebhaftigkeit und Sexualität auseinander, weist in manchen Werken auch auf die Gefahren des unbeherrschten Trieblebens hin. Die Schönheit der Frau weiß er mit berückender Sinnlichkeit und eros-beseelter Erscheinung vorzuführen. Unter seinen Auftraggebern waren oft hohe Kleriker, die den erotischen Gehalt seiner weiblichen

Akte zu schätzen wussten. Man darf Baldung unter den großen Neuerern in der Kunstgeschichte einordnen.

In der Schwebung zwischen Sinnlichkeit und geheimnisvoller, hintergründiger Bedeutung ist unser Bild ein typisches Werk für Baldungs zweite Straßburger Schaffenszeit. Wir finden Hinweise auf eine gestörte Beziehung zwischen Mutter und Kind, wobei die Mutter eigenen Träumen nachsinnt und der Knabe sich zurückgesetzt zu fühlen scheint.

Dr. Peter Scharfe
Rauensteinstr. 8
01237 Dresden
Tel. (0351) 2561822

Red.: ge

Wir gratulieren zum Geburtstag im Januar 2010

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Klaus-Peter *Falkowski*, Berlin, am 01.01.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Nettesheim*, Schriesheim, am 01.01.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Dennig*, Plettenberg, am 04.01.
 Herrn Dr. med. Franz Josef *Bienefeld*, Offenbach, am 06.01.
 Frau Dr. med. Gisella *Börzsönyi*, Freising, am 07.01.
 Herrn Dr. med. Hans J. *Müller*, Timmendorfer Strand, am 10.01.
 Frau Dr. med. Dorothea *Eicker*, Gladbeck, am 11.01.
 Frau Dr. med. Helga *Blaschke*, Fürstenfeldbruck, am 13.01.
 Herrn Dr. med. Georg *Poeschel*, Bochum, am 15.01.
 Frau Dr. med. Waltraud *Wahler-Brenk*, Troisdorf, am 21.01.
 Herrn Dr. med. Rolf *Schlenk*, Nürnberg, am 22.01.
 Frau Dr. med. Massumeh *Samai-Theine*, Hameln, am 23.01.
 Frau SR Dr. med. Annemarie *Rudolph*, Oschersleben, am 24.01.
 Frau Dipl.-Med. Eva *Gründer*, Leipzig, am 25.01.
 Herrn Dipl.-Med. Wolfgang *Schwarz*, Dallgow, am 26.01.
 Frau LEMONIA *Karatza-Bernhardt*, Kassel, am 28.01.
 Frau Dr. med. Ellen *Andreä*, Fraureuth, am 29.01.
 Frau Dr. med. Brigitt *Zimmermann*, Berlin, am 29.01.
 Herrn Dr. med. Theodor *Zimmermann*, Erlangen, am 29.01.
 Frau Dr. med. Renate *Schmidt*, Hagen, am 30.01.
 Frau Heidrun *Strehle*, Meißen, am 30.01.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Dammer*, Kleinmachnow, am 31.01.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Ulla *Dörffer*, Köln, am 01.01.
 Frau Dr. med. Monika *Kasper*, Hemmoor, am 01.01.
 Herrn Dr. med. P.-Christian *Weyrauch*, Berlin, am 01.01.
 Frau MR Dr. med. Regina *Oertel*, Magdeburg, am 03.01.
 Herrn Dr. med. Veit *Huber*, Reutlingen, am 05.01.

Herrn Dr. med. Bernhart *Ostertag*, Regensburg, am 05.01.
 Herrn Dr. med. Karl F. W. *Anspach*, Bonn, am 11.01.
 Frau SR Dr. med. Angelika *Wendt*, Dessau, am 14.01.
 Frau Dr. med. Helga *Steinbrück*, Belzig, am 15.01.
 Frau Dr. med. Bärbel *Dirksen*, Lindenfels, am 16.01.
 Frau Dorothee *von Rauchhaupt*, Dieburg, am 16.01.
 Herrn Dr. med. Gerd Jürgen *Breckling*, Mülheim, am 17.01.
 Frau Prof. Dr. med. Adelheid *Michel*, Koserow, am 18.01.
 Frau PD Dr. med. Edla *Schmid-Rüter-Fechtner*, Ludwigshafen, am 21.01.
 Frau Dr. med. Mathilde *Döllmann*, Dresden, am 22.01.
 Herrn Dr. med. Anton *Gülpen*, Würselen, am 22.01.
 Frau Dr. med. Uta *Müller-Lindenlauf*, Maring-Nowiand, am 22.01.
 Herrn Dr. med. Dieter *Schuler*, Höxter, am 23.01.
 Herrn Dr. med. Bernd *Graubner*, Göttingen, am 24.01.
 Frau Dr. med. Brigitte *Thomschke*, Nordhausen, am 24.01.
 Herrn Dr. med. Christoph *Holzhausen*, Bad Salzuflen, am 29.01.
 Frau MR Dr. med. Helga *Gräbner*, Zwickau, am 31.01.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Gotelinde *Schauerhammer*, Korntal-Münchingen, am 06.01.
 Frau MR Dr. med. Roswitha *Schingnitz*, Lübben, am 07.01.
 Herrn Dr. med. Ömer *Özüak*, Lehrte, am 11.01.
 Herrn Dr. med. Manfred *Schmitt*, Künzell, am 13.01.
 Frau Dr. med. Wilma *Bockelmann*, Schorndorf, am 15.01.
 Frau MR Ursula *Neubert*, Lichtenau, am 17.01.
 Herrn Dr. med. Eberhard *Krüger*, Schönwalde, am 20.01.
 Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Wagner*, Siegen, am 23.01.
 Frau SR Sieglind *Todtenhaupt*, Sömmerda, am 25.01.
 Herrn Prof. Dr. med. Bodo-Knut *Jüngst*, Mainz, am 26.01.
 Frau MR Brigitte *Karge*, Finsterwalde, am 26.01.

Herrn Dr. med. Otto *Zinsser*, Herbolzheim, am 26.01.
 Herrn Dr. med. Franz-Josef *Breyer*, Offenburg, am 29.01.
 Herrn Dr. med. Johannes *Helming*, Ingolstadt, am 29.01.

80. Geburtstag

Herrn MR Dr. med. Helmut *Hettmer*, Torgau, am 02.01.

81. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Ruth *Schnürer*, Berlin, am 01.01.
 Herrn OMR Dr. med. Rolf *Haberland*, Riesa, am 04.01.
 Frau Dr. med. Helga *Kaemmerer*, Bocholt, am 06.01.
 Herrn Dr. med. Anton *Oster*, Köln, am 09.01.
 Herrn Dr. med. Hans Kaspar *Mittelstraß*, Filderstadt, am 10.01.
 Herrn Dr. med. Stanislaw *Remin*, Essen, am 28.01.

82. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Wolf *Berg*, Rotenburg, am 21.01.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Emely *Salzig*, Geisenheim, am 05.01.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Else *Trautwein*, Volxheim, am 01.01.
 Frau Dr. med. Eva *Joeden*, Neustadt, am 06.01.
 Frau Dr. med. Irmgard *Englert*, Neusäß, am 10.01.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegund *Scholz*, Hannover, am 12.01.
 Herrn Dr. med. Kurt *Schebek*, Bensheim, am 14.01.
 Frau Dr. med. Marlis *Fitzen*, Leverkusen, am 17.01.
 Frau Dr. med. Inge *Flehmig*, Hamburg, am 24.01.
 Frau Dr. med. Maria E. *Gertkemper*, Detmold, am 28.01.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Emrich*, Kirkel, am 29.01.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Kleutsch*, Saarbrücken, am 07.01.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Prechtel*, Egloffstein, am 07.01.
 Herrn Dr. med. H.-Helmut *Schmidt*, Worms, am 19.01.

Frau Dr. med. Ursula *Petschelt-Heyse*,
Kronshagen, am 27.01.

90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Werner *Schneidt*,
Seeshaupt, am 02.01.

92. Geburtstag

Herrn Dr. med. Roland *Rott*, Bremen,
am 11.01.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Tiemann-
Hebsaker*, Frankfurt, am 10.01.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Werner Hans *Buhn*, Freiburg

Frau Dr. med. Gertrud *Lehr*, Freiburg

Herrn Dr. med. Lutz *Neuendorf*, Berlin

Herrn Dr. med. Jürgen *Schmidt*, Hechthausen

Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Friedrich Carl *Sitzmann*, Hamburg

Frau Dr. med. Ulrike *Tiemann*, Hamburg

Herrn Dr. med. Gerhard *Weich*, Saarbrücken

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Ute *Bihler*
Frau Dr. med. Nora *Laubrock*
Frau Dr. med. Susanne *Rölver*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Konstantinos *Jordanidis*
Herrn Dr. med. Nikolaos *Konstantopoulos*
Frau Dr. med. Beate *Kusser*
Herrn Dr. med. Rolf *Höfler*
Herrn Dr. med. Martin *Schöniger*
Herrn Dr. med. Rainer *Bredl*
Frau Sonja *Mallak*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Viktoria *von Puttkamer*
Frau Violeta *Paskaleva*
Frau Dr. med. Astrid *Novosel*
Frau Dr. med. Friederike *Nützenadel*

Landesverband Bremen

Frau Ute *Wichmann*
Herrn Daniel *Krause*

Landesverband Hamburg

Herrn Adnan *Akbaba*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Natalie *Förster*

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. Jutta *Muscheites*
Frau Dr. med. Heike *Haase*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. habil. Hans-
Joachim *Wagner*
Herrn Dr. med. Michael *Rühlmann*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Andrea *Haaß*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Kerstin *Göbel*
Frau Ursula *Eicher*
Frau Dipl.-Med. Manuela *Bennewitz*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Annett *Lösel*
Frau Susan *Pils*
Frau Ulrike *Köhler*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Stephani *Baudach*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Cornelia *Franz*

Kopflausmittel

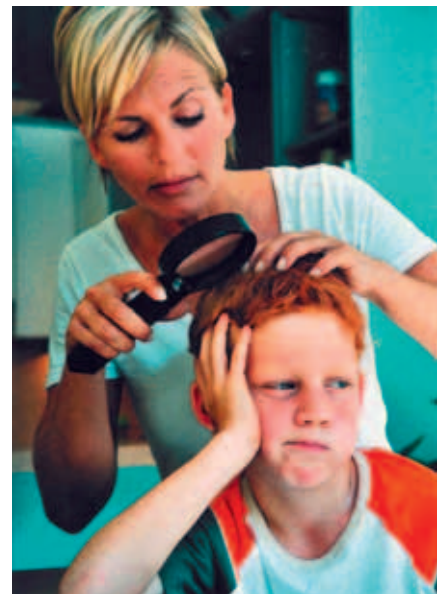
Resistenz nicht gleich Therapieversagen!

Sind Kopfläuse resistent gegen Läusemittel? Über diese Frage wird spekuliert, seit das Universitätsklinikum Kiel im September die Ergebnisse einer Laboruntersuchung vorgelegt hat: Alle untersuchten Läuse wiesen eine Genmutation auf, die sie möglicherweise unempfindlicher gegen insektizide Wirkstoffe (Pyrethrum, Permethrin, Allethrin) machen könnte. Dass der aus Chrysanthemenblüten gewonnene Pyrethrumextrakt auch bei bestehenden, durch Genmutation hervorgerufenen Resistenzen klinisch wirksam ist, belegen indes Daten aus einer aktuellen französischen Studie mit resistenten Anophelesmücken. Zwar trat der Kill-Effekt zeitverzögert ein, erreichte aber mit 90 Prozent ein klinisch relevantes Ausmaß (Duchon 2009).

Durch die Genmutation bleiben die Parasiten länger als üblich bewegungsfähig. Diese sogenannte Knock-Down-Resistenz muss jedoch die klinische Wirksamkeit von Läusemitteln nicht zwingend beeinträchtigen. Klinisch wirksam sind Läusemittel, wenn sie Läuse abtöten, also einen Kill-Effekt besitzen. Knock-Down- und Kill-Effekt sind zwei unterschiedliche Ansätze innerhalb des Wirkspektrums insektizider Kopflausmittel (Hoffmann 1989).

Resistenzen gegen synthetische Wirkstoffe wie Permethrin und Malathion wurden weltweit mehrfach nachgewiesen (Kristensen 2006). Wirkungslücken aufgrund spezifischer Pyrethrum-Resistenzen sind dagegen kaum verbreitet (Duchon 2009). Einer der Gründe ist das von synthetischen Insektiziden abweichende Wirkstoffprofil von Pyrethrumextrakt sowie seine Arzneimittel-Formulierung (Goldgeist forte).

Pyrethrum besteht aus sechs wirksamen Bestandteilen mit unterschiedlicher chemischer Struktur, die unabhängig voneinander die Laus schädigen. Betrifft die Mutation lediglich die paralyisierenden Wirkstoffkomponenten (Knock-Down-Effekt), beeinflusst dies nicht zwangsläufig die Aktivität anderer Bestandteile, die primär für den Kill-Effekt verantwortlich sind. Ferner wird Pyrethrum in Arzneimittelform mit dem Synergisten Piperonylbutoxid kombiniert. Der Hilfsstoff verstärkt die Knock-Down- und Kill-Wirkung, indem er vor allem den enzymatischen Abbau der Insektizide im Lausorganismus verhindert. Auf diese Weise wird die klinische Wirksamkeit von Pyrethrum um ein Vielfaches gesteigert. Piperonylbutoxid gilt als verlässlicher Resistenzbrecher, auch bei bereits vorliegenden Resistenzen (Hoffmann 1987).



Nach Informationen von Eduard Gerlach GmbH, Lübbecke

Experten sind sich einig:

POLLINEX® Quattro ist ein Spitzenpräparat auf dem Weg nach oben

Die Einführung von POLLINEX® Quattro revolutionierte 1999 die spezifische Immuntherapie (SIT): Mit nur vier Injektionen ist ein Therapiejahr komplett abgeschlossen. Möglich wird dies durch die einzigartige Kombination von Allergoiden mit dem Adjuvans MPL®. Ausgezeichnete Erfahrungen sind durch klinische Studien, Praxis und zwei renommierte Preise belegt. Inzwischen ist POLLINEX® Quattro zehn Jahre im Markt erfolgreich. Zu diesem Ereignis diskutierten fünf Experten Hintergründe und Zukunftspotenzial von POLLINEX® Quattro.

Die Talkrunde mit ausgewiesenen Experten aus Forschung, Klinik und Praxis, Herrn Prof. Darsow, Herrn Dr. Scherf, Herrn Dr. Vollmar, Herrn Dr. Wheeler und Herrn Prof. Zielen konzentrierte sich vor allem auf das, was POLLINEX® Quattro so einzigartig macht: MPL®.

Dualer Wirkansatz von Allergoid und MPL®-Booster macht es möglich

Die flexible SIT mit nur vier Injektionen für ein komplettes Therapiejahr wird durch den dualen Wirkansatz von Allergoid und MPL®-Booster ermöglicht. MPL® ist ein detoxifiziertes Lipopolysaccharid-Derivat, das aus der Zellwand von *Salmonella minnesota* gewonnen wird. Es verstärkt das Wirkprinzip der spezifischen Immuntherapie: Während die Allergoide das Immunsystem spezifisch stimulieren, greift das Adjuvans MPL® am angeborenen Immunsystem an und wirkt wie ein Booster auf die Allergie-Impfung. Damit beeinflusst es die Immunantwort gleichzeitig auf mehreren Ebenen.

Sehr gute Verträglichkeit und Wirksamkeit von MPL® in Klinik und Praxis bestätigt

Die Wirkung und gute Verträglichkeit des patentierten Adjuvans ist in zahlreichen Studien zur spezifischen Immunthe-



rapie sowie für den Einsatz bei Impfstoffen gegen Hepatitis B oder HPV bereits ausführlich dokumentiert. Seit seiner Einführung wurde POLLINEX® Quattro mit mehr als 1 Million Injektionen weltweit eingesetzt.

POLLINEX® Quattro ist das einzige Präparat in der SIT, das Arzt und Patient



die Vorteile des Wirkverstärkers MPL® zur zeitgemäßen kausalen Behandlung von Allergien mit nur vier Injektionen für ein komplettes Therapiejahr bietet.

Die Zukunft für Allergologen und ihre Patienten

POLLINEX® Quattro hat sich seit seiner Einführung erfolgreich im Markt etabliert und kann mittlerweile auf 10 starke Jahre zurückblicken. Dennoch kennen noch nicht alle Allergologen die Vorteile, die POLLINEX® Quattro ihrer Praxis und ihren Patienten bietet. Doch die Experten sind sich einig: Das Konzept einer kompletten Jahrestherapie mit nur vier Injektionen ist so überzeugend, dass es sich langfristig durchsetzen wird. „Wenn man eine überzeugend belegte Wirksamkeit hat und mit weniger Injektionen mindestens das Gleiche erreicht, warum sollte man dann eine Langzeitimmuntherapie wählen? Bei Impfungen würde man dies für verrückt halten“ so Herr Dr. Jens Vollmar, Leiter des Fachbereichs Impfstoffe, Reise- und Tropenmedizin bei GlaxoSmith Kline, das mit Cervarix® und anderen Impfstoffen gleichfalls auf die überzeugende Wirkung von MPL® setzt.

Nach Informationen von Bencard Allergie GmbH, München

Wenn Kinder immer wieder kränkeln: Bakterien gegen rezidivierende Atemwegserkrankungen

Rezidivierende Sinusitiden und Bronchitiden sind für Kinder eine große Belastung. Oft jagt bei den Betroffenen ein Infekt den nächsten. Um die Symptome in den Griff zu bekommen, sind meist Antibiotika Mittel der Wahl. Allerdings kann die Einnahme von Antibiotika Teile der Mikroflora im Darm zerstören und damit eine wichtige Barriere im Darm schwächen. Außerdem ist die Mikroflora in ihrer Aufgabe als „Trainingspartner“ für das Immunsystem beeinträchtigt. Das kann das Auftreten eines Rezidivs begünstigen. Deshalb ist gerade in der Phase der Regeneration eine gezielte Stärkung des kindlichen Immunsystems wichtig, um nach der überstandenen Infektion einen Rückfall zu verhindern. Hier greift die Mikrobiologische Therapie: Sie regt die körpereigene Immunabwehr an und stabilisiert die Mikroflora des Darms nach einer Antibiotika-Therapie. Denn Fakt ist: Eine physiologische Mikroflora ist die Grundlage einer intakten Immunabwehr.

Steuerzentrale Darm

Im Rahmen der Mikrobiologischen Therapie nimmt der Patient Präparationen mit lebenden oder abgetöteten Bakterien ein. Die aufgenommenen Bakterien konkurrieren mit unerwünschten Mikroorganismen um Nährstoffe und treten mit dem Darm-assoziierten Immunsystem in Kontakt. Der Darm ist für eine Immunstimulation besonders geeignet: Etwa 80 Prozent aller Immunzellen befinden sich im Darm. Die meisten Antigene treffen dort erstmals auf die noch inaktivierten Immunzellen.

Die dendritischen Zellen des Darm-assoziierten Lymphgewebes erkennen die Bakterien im Darm über spezielle Rezeptoren. Als Reaktion bilden die dendritischen Zellen verstärkt das Enzym Stickoxidsynthase. Das Enzym programmiert die B-Zellen so um, dass sie später statt anderer Antikörperklassen das sekretorische Immunglobulin A (sIgA) produzieren. Die aktivierten B-Zellen differenzieren zu Plasmazellen aus und treten über den Ductus thoracicus in den Blutstrom ein. So verteilen sie sich auf die verschiedenen Schleimhäute des Körpers. Dort bilden die umprogrammierten Plasmazellen IgA statt anderer Antikörperklassen. Durch die Wanderung der Immunzellen sezerniert nicht nur die Darmschleimhaut vermehrt sIgA, sondern auch die Schleimhäute des Nasenrachen-

raums und des Bronchialtrakts. Das sIgA bindet an Bakterien oder Viren, die in die Bronchien, Nasennebenhöhlen oder den Magen-Darm-Trakt eingedrungen sind; anschließend transportieren das Flimmerepithel der Bronchien, das Nasensekret und die Peristaltik des Darms das sIgA samt gebundenen Krankheitserregern ab.

Bestimmte Bakterien der Mikroflora können auch die Bildung von Defensinen im Darmepithel anregen. Defensine sind körpereigene Antibiotika, die von der Haut und den Schleimhäuten gebildet werden. Sie sind gegen Bakterien, Pilze und umhüllte Viren wirksam.

Immunstimulation durch Mikrobiologische Therapie

Ziel der Mikrobiologischen Therapie ist eine dauerhafte Stärkung und Stabilisierung des Mukosa-assoziierten Immunsystems.

Zwei Studien belegen die Wirksamkeit des mikrobiologischen Präparats Symbioflor® 1 bei der Behandlung von Patienten mit chronisch-rezidivierender Sinusitis und Bronchitis. Das Präparat Symbioflor® 1 enthält Zellen und Zelltrümmer des natürlichen Darmbewohners *Enterococcus faecalis*. In beiden Studien erhielten die Probanden über sechs Monate dreimal täglich 30 Tropfen Symbioflor® 1. Darauf folgte eine achtmonatige Nachbeobachtungsphase. Die Placebo-kon-

trollierte Doppelblindstudie zur Behandlung chronischer Bronchitis zeigte: Unter Verum kam es nur bei 39 Patienten zu einem Rezidiv – im Vergleich zu 66 Rezidiven unter Placebo. Die Zeitspanne bis zum Auftreten des ersten Rezidivs war mit 699 Tagen unter Verum deutlich länger als unter Placebo mit 334 Tagen. In der Verumgruppe benötigten nur vier Patienten eine antibiotische Behandlung im Vergleich zu 13 Patienten unter Placebo.

Ähnlich gute Behandlungserfolge waren bei Patienten mit chronisch-hypertropher Sinusitis zu verzeichnen. An der Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie nahmen 157 Patienten teil. Unter Verum war die Zahl der Rezidive nur etwa halb so hoch wie in der Placebo-Gruppe. Außerdem verlängerte sich die Zeit zwischen den Rückfällen um fast das Doppelte – im Mittel von 311 auf 513 Tage.

Fazit: Die Mikrobiologische Therapie ist ein geeignetes Instrument, um die Immunlage bei einer chronisch-rezidivierenden Sinusitis oder Bronchitis zu verbessern und damit die Rückfallrate und Rückfallhäufigkeit zu verringern. Mikrobiologische Präparate sind nebenwirkungsarm, wirksam und sicher – und damit eine feste Größe zur Behandlung von Kindern mit auffällig erhöhter Infektanfälligkeit.

Nach Informationen von SymbioPharm GmbH, Herborn

ADHS: Was Eltern sich von einer Therapie wünschen

Interview mit Carlos Cordero d'Aubuisson, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt aus Melle und beteiligter Studienarzt zu den Studienergebnissen der europäischen Online-Befragung COCOON



Welches Verhalten beeinträchtigt zu welchen Tageszeiten Kinder und Jugendliche, die an einer ADHS leiden, und deren Familien besonders? Mit dieser Fragestellung beschäftigte sich eine europäische Untersuchung¹, bei der 910 betroffene Eltern² zu den Besonderheiten ihrer Kinder befragt wurden. Der Fragebogen erfasste neben dem Verhalten auch Beziehungen innerhalb der Familie und die Auswirkungen der Erkrankung auf die täglichen Aktivitäten. Carlos Cordero d'Aubuisson, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt aus Melle und beteiligter Studienarzt, stellt die wichtigsten Ergebnisse vor und erläutert, welche Therapieempfehlungen diese aus seiner Sicht implizieren.

Welches Verhalten beschreiben die Teilnehmer als besonders problematisch?

Zu diesen Verhaltensweisen zählen die Eltern neben der Impulsivität herausforderndes, lautes, Unruhe stiftendes, desorganisiertes sowie aggressives und trotziges Verhalten. Auch das Bewältigen von Alltagskompetenzen wird neben der Schule und dem Erledigen von Hausaufgaben als belastend empfunden. Alltägliche Routineabläufe, wie morgens aufstehen und sich anziehen, aber auch abends Zähne zu putzen und ins Bett zu gehen, werden infolge der Erkrankung zum Problemfall.

Neben den Freundschaften, welche anderen Beziehungen werden in Mitleidenschaft gezogen?

Aufgrund der Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kind sind gestörte Eltern-Kind-Beziehungen eine unmittelbare Folge. Aber auch die Beziehung zwischen den Geschwistern gestaltet sich oft schwierig. Da sich in der Familie alles um das Pro-

blemkind dreht, fühlen sich Geschwister nicht nur benachteiligt, sondern auch eingeschränkt. So erleben sie das Geschwisterkind als eine Belastung, die dazu führen kann, dass auch sie sich verändern und problematische aber Aufmerksamkeit nach sich ziehende Verhaltensweisen kopieren.

Welche Tagesabschnitte definieren die Eltern als äußerst problematisch?

Für uns nicht überraschend und eine Bestätigung der Erfahrungen aus der Praxis. Eltern beschrieben den gesamten Tag als Herausforderung. Allerdings verschärfen sich am Nachmittag bis zum frühen Abend die Konflikte. Dies verwundert nicht, da gerade in diese Tagesabschnitte viele soziale und häusliche Aktivitäten fallen: Das Spielen mit anderen Kindern, der Sportverein, der Musikunterricht, aber auch das gemeinsame Familienleben. Solche gemeinschaftlichen Momente sind für ADHS-Kinder problematisch. Oft drehen sie dann noch einmal auf und dies führt zur Verschärfung der Situation.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Therapieoptionen, welches Wirkzeitfenster wünschen sich die Eltern?

Da das Verhalten Nonstop den ganzen Tag über sehr schwierig ist, wünschten sich in der Umfrage knapp dreiviertel der Befragten, deren Kinder zum Zeitpunkt der Befragung keine Pharmakotherapie erhielten, eine Medikation, die auch den frühen Nachmittag einschließt. Darüber hinaus beschrieb über die Hälfte dieser Eltern eine Medikation bis zum späten Nachmittag und frühen Abend als erforderlich, da sich die Problematik explizit in

diesem Zeitraum zuspitze. Ein jeweils auf den Einzelfall abgestimmtes Tagesprofil, das das Ausmaß der Störung und des Leidens auf Seiten der Familie sowie des Kindes erfasst, kann bei der Wahl der passenden Therapiestrategie helfen.

Welche Therapieoption entspricht den Eltern am ehesten?

Eine Therapie, die die Bedürfnisse der Kinder, der Familie und des gesamten sozialen Umfeldes berücksichtigt. Demzufolge sollte eine medikamentöse Behandlung den Tag so lange wie möglich abdecken. Eine Fokussierung der Pharmakotherapie auf vier oder sechs Stunden greift eindeutig zu kurz in die Biologie der Kinder und in den sozialen Kontext ein. Ich würde bei allen Kindern mit nachgewiesener ADHS einer Therapieoption den Vorzug geben, die zehn bis 12 Stunden wirkt. Dieser Zeitraum deckt sich mit dem Tagesablauf der Kinder und ihrer Familien. Mit Concerta®, das diese lange Wirkdauer aufweist, haben wir ein Medikament, das den Kindern hilft, die durch ADHS bedingten Alltagskonflikte zu meistern. Dies ist ein wichtiger Therapiebaustein auf dem Weg zu einer erfolgreichen Teilhabe am sozialen Leben.

¹ COCOON – Child & Adolescent Psychiatry and Mental Health 2008, 2:31 doi: 10.1186/1753-2000-2-31. Article URL: <http://www.capmh.com/content/2/1/31>.

² Unter den Kindern waren 560 ohne Medikation und 350 mit Medikation; zudem gab es eine Kontrollgruppe, die 995 Eltern gesunder Kinder befragte.

Nach Informationen von Janssen Cilag GmbH, Neuss

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204
stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 50169 Köln
Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78
christel.schierbaum@uminfo.de**Mitgliederverwaltung**

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de
Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204**Kongressabteilung**

Kongresse des BVKJ

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

www.kongress.bvkj.de
Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78**Präsident**

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

E-Mail: ul.fe@t-online.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gempp

E-Mail: dr.gempp@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Pädiatrisches Intranet PädInform

www.kinderumwelt.de/kontakt.htm

IMPRESSUM

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Begründet als „der kinderarzt“ von Prof. Dr. Dr. h.c. Theodor Hellbrügge (Schriftleiter 1970 – 1992).

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.**Verantw. Redakteure für „Fortbildung“:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Pe-

ter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfgang Gempp, Sonnenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, E-Mail: dr.gempp@t-online.de

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. –

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 12.500

lt. IVW II/2009

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

**Redaktionsausschuss:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Stephan Eßer, Köln, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.**Verlag:** Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 –**Anzeigen:** Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280 –**Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.****Anzeigenpreisliste:** Nr. 42 vom 1. Oktober 2008**Bezugspreis:** Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis enthalten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

© 2009. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.