

bvkJ.

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

Heft 2/12 · 43. (61.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Kongress der
Teddybär-
krankenhäuser

Fortbildung:

Schwerpunkt:
„Kleinwuchs“

Berufsfragen:

Wem gehört
der Impfstoff?

Magazin:

Tod und Begräbnis
von Kindern

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Tod und Begräbnis von Kindern

S. 61

Inhalt 02 | 12

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

Forum

- 3 Vermischtes
- 4 **Erster Kongress der Teddybärkrankenhäuser in Berlin**
Magdalena Schönborn
- 6 Anmeldung 9. Assistentenkongress in Dresden
- 7 **Gesunde Kinderernährung – von der Wissenschaft zum Wissen für alle**
- 8 Programm Tagung der Leitenden Ärztinnen und Ärzte
- 11 Vermischtes
- 12 **Das Leser-Forum**
- 14 **Eltern vertrauen der Webseite ihres Kinderarztes**
- 16 **Bundeskongress der Medizinstudierenden in Aachen**
Magdalena Schönborn
- 17 **Die Aktion Lesestart wird fortgeführt**
Stephan Eßer
- 18 **Technische Kniffe in PädInform**
Judith Linnemann

Fortbildung

- 21 **Kleinwuchs bei genetischen Syndromen**
Kathrin Loosen, Ilker Akkurt, Peter Meinecke
- 30 **Orthopädische Probleme bei Kleinwuchs – am Beispiel der Achondroplasie**
Ralf Stücker
- 36 **Der besondere Fall: Akzidentelle Vergiftung mit Eucalyptus-Kiefernadel-ölinhalat**
Michael Lachmann
- 42 **Consilium Infectiorum: Ist eine Impfbescheinigung bindend für öffentliche Gemeinschaftseinrichtungen?**
Christian Jäkel
- 44 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 48 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Kerstin Lau
- 48 Impressum

Berufsfragen

- 51 **Wem gehört der Impfstoff?**
Andreas Meschke, Kyrill Makoski
- 53 **Impfungen – eine gesellschaftliche Aufgabe**
Wolfram Hartmann, Dehtleff Banthien
- 54 **Die Zuständigkeiten im dt. Gesundheitswesen und ihre Bewährung anlässlich des EHEC-Ausbruch 2011**
Helmut Helwig
- 56 **Studie „Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendarztpraxis“**
Martin Lang
- 59 **Praxiserwerber können aufatmen**
Thomas Ketteler-Eising
- 60 Wahlaufwurf

Magazin

- 61 **Tod und Begräbnis von Kindern**
Anton Mößmer
- 64 Tagungen und Seminare
- 66 **Buchtipps**
- 67 Praxistafel
- 68 Paediatric-Termine
- 69 Fortbildungstermine BVKJ
- 70 Personalia
- 72 **Nachrichten der Industrie**
- 78 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage ein Supplement der Firma GSK, München, bei. Als Teilbeilagen finden Sie ein Flyer der 61. Jahrestagung der Norddt. Ges. f. Kinder- und Jugendmedizin, Kiel, das Programmheft des 35. Pädiatrefß, Köln, das Programmheft der 10. Pädiatrie à la carte, Bielefeld, das Programmheft der 22. Pädiatrie zum Anfassen, Erfurt, und ein Flyer der Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Ges. f. Kinder- und Jugendmedizin, Leipzig.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Kleinwuchs bei genetischen Syndromen

Ein häufiger Vorstellungsgrund beim Kinder- und Jugendarzt ist der Verdacht auf eine Form des pathologischen und gegebenenfalls behandlungsbedürftigen Kleinwuchses. Neben den Normvarianten wie familiärer Kleinwuchs und konstitutionelle Entwicklungsverzögerung existiert eine Vielzahl komplexer Krankheitsbilder, bei denen Kleinwüchsigkeit als Symptom auftritt (ca. 1200 Krankheitsbilder). Zu den Ursachen zählen u.a. Chromosomenaberrationen, Genmutationen, hormonelle Störungen und Stoffwechseldefekte, die z.B. zu Skelettdysplasien führen und so Kleinwüchsigkeit bedingen können. Aufgrund der Vielzahl der möglichen Ursachen stellt die diagnostische Abklärung eines Kleinwuchses eine Herausforderung dar und erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen. Im Folgenden wird eine Auswahl an übergeordneten genetischen Syndromen, bei denen die Patienten typischerweise auch einen Kleinwuchs zeigen, dargestellt.

Definition Kleinwuchs

Ein Kleinwuchs liegt vor, wenn die Körpergröße, bezogen auf das chronologische Alter, unterhalb der 3. Perzentile bzw. um mehr als zwei Standardabweichungen (SD) unter dem Mittelwert liegt. In der Beurteilung der Körpergröße muss auch die Wachstumsgeschwindigkeit (Zuwachsrate pro Jahr, Messung in mindestens 6-monatigen Intervallen, Abb. 1) hinzugezogen werden, die bei konstanten Werten unterhalb der 25. Perzentile zum Kleinwuchs führt. Auch die Kenntnis der Elterngröße ist ein wichtiger Parameter in der Beurteilung der Körpergröße eines Kindes: Die Zielgröße errechnet sich aus der Größe der Mutter und des Vaters (Abb. 2).

Diagnostische Überlegungen

Zur Basisdiagnostik in der Abklärung eines verzögerten Wachstums gehört neben einer ausführlichen individuellen Anamnese (Geburtsanamnese, Geburtsmaße) und Familienanamnese (Endgröße und Pubertätsverlauf der Eltern) eine körperliche Untersuchung einschließlich der Pubertätsmerkmale und Dysmorphiezeichen. Außerdem sollten anthropometrische Messungen (Körpergröße, Körpergewicht, Kopfumfang, Armspannweite,

Beurteilung der Proportionen) vorgenommen und eine individuelle Wachstumskurve erstellt werden. Neben einer Basis-Laboruntersuchung der Blutwerte (u.a. CRP, BSG, Blutbild, Gesamteiweiß, Elektrolyte, Harnstoff, Kreatinin, Transaminasen, Kalzium, alkalische Phosphatase, Eisen, Ferritin) und einer Urin-Untersuchung sollte bei begründetem Verdacht auch eine spezielle Labordiagnostik (z.B. Gliadin-Antikörper) veranlasst werden. Nach konventioneller Röntgendiagnostik (u.a. zur Bestimmung der Knochenreife) und gegebenenfalls gezielter weiterer bildgebender Verfahren (Sonographie, CT, MRT) können sich bei entsprechendem Verdacht genetische Untersuchungen (Chromosomenanalyse, gezielte molekulargenetische Diagnostik) anschließen. Eine endokrinologische Abklärung würde außerdem Hormonuntersuchungen/-Tests (z.B. TSH, fT4, IGF-1, IGFBP-3, LH, FSH) sowie spezifische Stoffwechseluntersuchungen umfassen.

Röntgendiagnostik

Zur diagnostischen Abklärung einer Wachstumsverzögerung gehört in der Regel eine Röntgendiagnostik. In einigen Fällen kann bereits eine Röntgenaufnahme der Hand (dorsal-volar) wichtige diagnostische Hinweise liefern. Neben der Bestimmung des sog. Knochenalters sind vor allem Disproportionierungen der Phalangen und Metakarpalia und die Form der Epiphysen, Metaphysen und Diaphysen (Abb. 3-5) von Bedeutung. Anhand der Kombination epiphysärer, metaphysärer und spondylärer Veränderungen kann eine Einteilung der Skelettdysplasien erfolgen (Abb. 6). Eine Basis-Röntgendiag-

$$\text{cm/Jahr} = \frac{\text{aktuelle Körpergröße} - \text{Körpergröße der vorigen Messung (cm)}}{\text{aktuelles Datum} - \text{Datum der vorigen Messung (in Monaten)}} \times 12$$

Abb. 1: Berechnung der Wachstumsgeschwindigkeit

$$\text{cm} = \frac{\text{Größe der Mutter} + \text{Größe des Vaters}}{2} \begin{array}{l} - 6 \text{ cm (für Mädchen)} \\ + 6 \text{ cm (für Jungen)} \end{array}$$

Abb. 2: Berechnung der voraussichtlichen Erwachsenengröße (sog. Zielgröße)



Dr. med.
Kathrin Loosen¹

Dr. med. Ilker Akkurt²

Prof. Dr. med. Peter
Meinecke³

¹ Zentrum für kleinwüchsige Kinder und Jugendliche im Universitären Kinderzentrum Hamburg und Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martiniestr. 52, 20246 Hamburg

² Zentrum für kleinwüchsige Kinder und Jugendliche im Universitären Kinderzentrum Hamburg und Pädiatrische Endokrinologie, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg

³ Zentrum für kleinwüchsige Kinder und Jugendliche im Universitären Kinderzentrum Hamburg, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg



Abb. 3: Epiphysäre Veränderungen. Typisch für eine epiphysäre Dysplasie sind die deutlich zu kleinen und flachen Epiphysen der proximalen Femora („Hüftkopfepiphyse“), die kleinen und flachen Radiusepiphysen, die zu kleinen Karpalia, die zu kleinen Epiphysen der Metakarpalia und Phalangen sowie die zu kleinen Epiphysen im Bereich des Kniegelenks

nostik sollte neben der Röntgenaufnahme der Hand auch die Bildgebung der Wirbelsäule (seitliche BWS/LWS), des Beckens (anterior-posterior) einschließlich der proximalen Femora sowie die Darstellung eines Kniegelenks umfassen. Eine radiologische Untersuchung des Schädels oder der Halswirbelsäule ist dagegen nur bei gezieltem klinischem Verdacht indiziert.

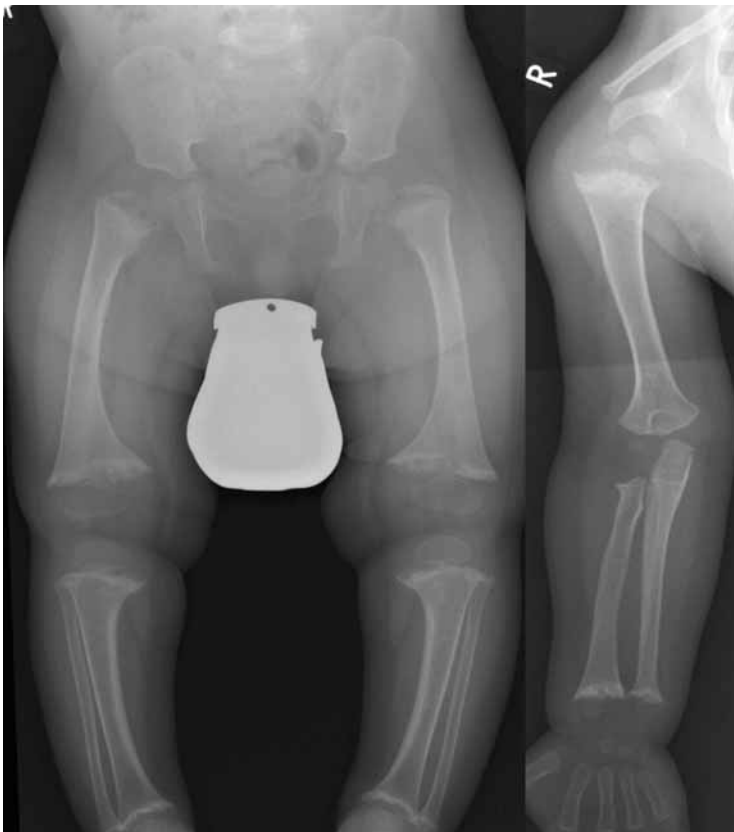


Abb. 4: Metaphysäre Veränderungen in Form einer Verbreiterung der Metaphysen und unregelmäßiger Abgrenzung gegenüber der Epiphysenfuge

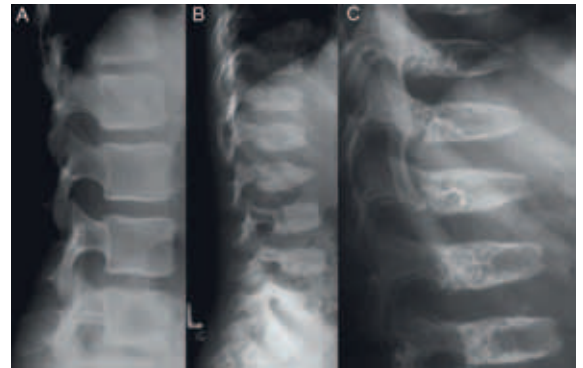


Abb. 5: Spondyläre Veränderungen: A: normale Wirbelsäule seitlich, B: Abflachung der Wirbelkörper im Sinne einer Platyspondylie mit unterschiedlich ausgeprägter Hypoplasie der Deckplatten, besonders ausgeprägt in der mittleren LWS mit keilförmigen Wirbelkörpern, C: ausgeprägte Platyspondylie mit zusätzlicher Keilform der Wirbelkörper und unregelmäßiger Struktur

Syndromaler Kleinwuchs

Während beim isolierten Kleinwuchs die Wachstumsstörung die alleinige körperliche Auffälligkeit darstellt, ist der Kleinwuchs bei den syndromalen Formen Teil zusätzlicher krankheitsspezifischer Merkmale wie z.B. faciale Dysmorphien, Organfehlbildungen, Skelettveränderungen oder eine endokrinologische Symptomatik. Die Kombination dieser klinischen Befunde und die Erkenntnis, dass ein bestimmtes, syndromtypisches „Muster“ vorliegt, kann nicht selten entscheidend zur Diagnosefindung beitragen. Eine Auswahl an übergeordneten genetischen Syndromen, bei denen die Patienten typischerweise auch einen Kleinwuchs zeigen, soll im Folgenden exemplarisch dargestellt werden.

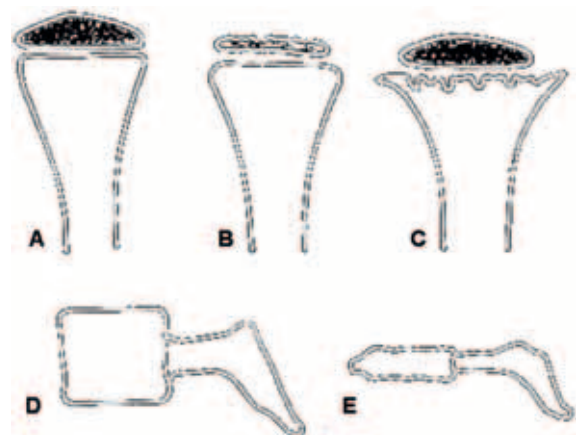


Abb. 6: Schematische Darstellung der Epiphysen und Metaphysen (A, B, C) und der Wirbelkörper (D, E). Der Normalbefund ergibt sich aus A+D, eine epiphysäre Dysplasie aus B+D, eine metaphysäre Dysplasie aus C+D, eine spondylo-epiphysäre Dysplasie aus B+E und eine spondylo-metaphysäre Dysplasie aus C+E



Abb. 7: Patientin 1 im Alter von 9 Jahren. Fazial auffällig sind eine hohe, prominente Stirn, eine periorbitale Fülle des Unterhautgewebes, medial etwas ausgedünnte Augenbrauen, eine breite Nasenspitze sowie volle Lippen. Außerdem fiel eine rauhe, heisere Stimme auf.

Patientin 1 mit Kleinwuchs, Herzfehler und fazialen Dysmorphien

Die Patientin (Abb. 7) wurde in der 36. SSW bei Verdacht auf eine Plazentainsuffizienz durch sekundäre Sectio mit einem Geburtsgewicht von 2040 g ($-1,6$ SD), einer Körperlänge von 44 cm ($-1,7$ SD) und einem Kopfumfang von 31 cm ($-1,5$ SD) geboren. Postpartal wurde eine leicht ausgeprägte supra-avalvuläre Aortenstenose diagnostiziert. Aufgrund zunehmender Fütterungsschwierigkeiten erfolgte im Alter von 16 Monaten eine Tonsillektomie sowie Anlage einer PEG. Auch nach Entfernung der PEG im Alter von vier Jahren kaute die Patientin schlecht und aß feste Nahrung nur in kleinen Portionen. Sie konnte mit 15 Monaten sitzen, mit drei Jahren frei laufen, sprach erste Worte mit $2\frac{1}{2}$ Jahren und Zweiwortsätze mit drei Jahren. Sie besuchte zunächst einen heilpädagogischen Kindergarten und wurde dann in eine Son-

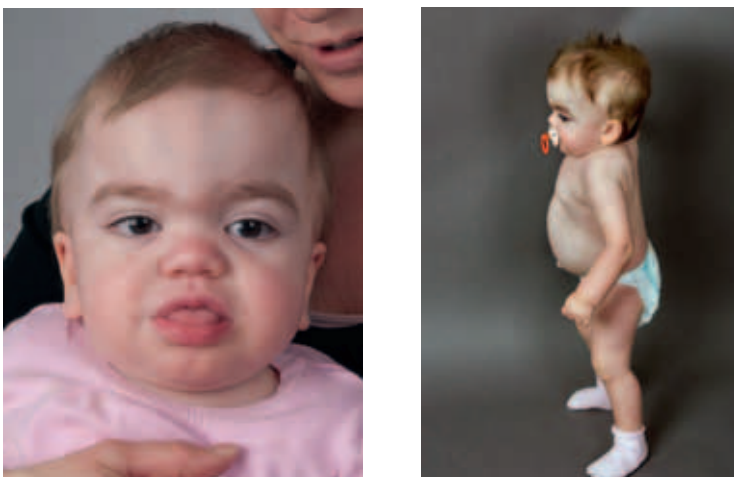


Abb. 8: Patientin 2 im Alter von fast 2 Jahren. Fazial auffällig sind vergrößerte Gesichtszüge mit einer prominenten Stirn, dichten Augenbrauen, einer Synophrys, einem Epikanthus bds., einer breiten und flachen Nasenwurzel, vollen Lippen, einem offen stehenden Mund und einer groß wirkenden Zunge. Außerdem fallen ein kurzer Hals, ein vorgewölbtes Abdomen sowie eine Brachydaktylie mit breiten Fingern auf.

derschule eingeschult. Bei einer Langzeitblutdruckmessung fand sich kein Anhalt für eine arterielle Hypertonie. Eine laborchemische Untersuchung wies eine hypothyreote Stoffwechsellage nach. Festgestellt wurde außerdem eine Hyperopie.

Die Patientin war schon bei Geburt klein. Die Körpergröße im Alter von zwölf Monaten wurde mit 68 cm ($-2,5$ SD) und später im Alter von knapp neun Jahren mit 116 cm ($-3,5$ SD) bestimmt. Die Körpergröße nach der im Alter von neun Jahren begonnenen STH-Therapie betrug mit $10\frac{1}{2}$ Jahren 129 cm ($-2,5$ SD) und im 11. Lebensjahr 131,6 cm ($-2,5$ SD).

Aufgrund der klinischen Befundkombination wurde bei der Patientin der Verdacht auf ein Williams-Beuren-Syndrom geäußert und mittels molekularzytogenetischen Nachweises einer heterozygoten Mikrodeletion in 7q11.23 bestätigt.

Williams-Beuren-Syndrom

Zu den charakteristischen Merkmalen des Williams-Beuren-Syndroms (WBS) gehören u.a. kardiovaskuläre Fehlbildungen (besonders supra-avalvuläre Aortenstenose, auch periphere Pulmonalstenosen und andere Herzfehler), eine arterielle Hypertension, Bindegewebsauffälligkeiten (z.B. Leistenhernien, Rektumprolaps, Überstreckbarkeit der Gelenke), frühkindliche Ernährungsschwierigkeiten mit Gedeih- und Wachstumsstörung, endokrinologische Auffälligkeiten (Hyperkalzämie, Hypothyreose, frühe Pubertätsentwicklung) und eine muskuläre Hypotonie. Außerdem werden häufig ophthalmologische Symptome (Irisdysplasien, Strabismus) beschrieben. Zu den charakteristischen fazialen Auffälligkeiten gehören unter anderem eine prominente Stirn, eine tiefliegende Nasenwurzel, eine periorbitale „Fülle“, medial ausgedünnte Augenbrauen, ein Epikanthus, eine antevertierte Nase, ein langes Philtrum, volle Lippen, ein meist offen stehender Mund, kleine, weit auseinander stehende Zähne und oft ein kleines Kinn. Patienten mit WBS zeigen häufig eine unterschiedlich ausgeprägte psychomotorische Entwicklungsverzögerung und ein charakteristisches Verhaltensmuster (freundlich-extrovertiert, kontaktfreudig, sprachgewandt, musikalisch). Weitere Charakteristika sind eine heisere Stimme und eine ausgeprägte Empfindlichkeit gegenüber lauten Geräuschen. Insgesamt ist der klinische Verlauf beim WBS sehr variabel. Die Häufigkeit beträgt ca. 1:10.000 bis 1:20.000. Bei dem Großteil der Patienten (>99%) findet sich eine *de novo*-Mikrodeletion im Bereich des langen Arms von Chromosom 7 (7q11.23). Die Deletion enthält neben vielen anderen Genen das Gen für Elastin (*ELN*), eine Hauptkomponente des Bindegewebes. In seltenen Fällen wird eine familiäre Häufung mit autosomal-dominanter Vererbung und variabler Expressivität beschrieben.

Patientin 2 mit Kleinwuchs, fazialen Dysmorphien und Skelettauffälligkeiten

Das fast dreijährige Mädchen (Abb. 8) ist das zweite Kind nicht-konsanguiner Eltern. Ihr vierjähriger Bruder ist gesund. Sie wurde nach unauffälliger Schwangerschaft



Abb. 9: Unzureichende Modellierung der proximalen Metakarpalia, die „angespitzt“ erscheinen, sowie Hypoplasie der Endphalangen und etwas lockere Struktur der Knochen

mit normalen Geburtsmaßen (Geburtsgewicht 3330 g, Körperlänge 51 cm, Kopfumfang 35 cm) spontan in der 40. SSW geboren. Die Neugeborenenzeit verlief unauffällig. Im Alter von sieben Monaten wurde sie an einem rechtsseitigen Leistenbruch operiert, im Alter von 17 Monaten wurden eine Adenotomie und eine Parazentese durchgeführt und sie erhielt aufgrund einer Innenohrschwerhörigkeit Hörgeräte beidseits. Eine im 19. Lebensmonat diagnostizierte Nervus abduzens-Schwäche wurde mittels Okklusionstherapie behandelt. Sie konnte mit 14 Monaten krabbeln und mit 18 Monaten frei laufen. Die Sprachentwicklung verlief verzögert, sie spricht nur Einzelwörter bei einem Wortschatz von etwa sechs Worten. Beschrieben werden häufige Infekte und ein lautes Atemgeräusch. Radiologisch zeigt sich eine mangelhafte metaphysäre Modellierung („Zuspitzung“) der proximalen Mittelhandknochen.

Die Körpergröße im Alter von knapp zwei Jahren betrug 81 cm (-2 SD) bei einem Körpergewicht von 13,5 kg ($\sim +0,5$ SD) und einem Kopfumfang von 51,5 cm ($+3$ SD). Im Alter von zwei Jahren und acht Monaten wurde die Körpergröße mit 88 cm ($-1,5$ SD) dokumentiert.

Aufgrund der bei dieser Patientin bestehenden klinischen Befundkombination wurde im Alter von 20 Monaten die Verdachtsdiagnose einer Mukopolysaccharidose Typ I gestellt und durch Nachweis einer Mutation im *IDUA*-Gen in homozygoter Form bestätigt.

Mukopolysaccharidose Typ I

Die Mukopolysaccharidose Typ I (MPS I) ist eine lysosomale Speichererkrankung, die auf einen Mangel des Enzyms α -Iduronidase zurückzuführen ist. Infolge dieses Enzymdefekts kommt es zu einer Speicherung der nicht oder nur partiell abgebauten Glykosaminoglykane Dermatan sulfat und Heparan sulfat in den Lysosomen der Zellen und deren Ausscheidung im Urin. Das klinische Erscheinungsbild der Krankheit ist hochvariabel und reicht von schweren Verlaufsformen, welche bereits in den ersten Lebensjahren zum Tod führen können, bis zu mildereren Verläufen mit einer nahezu normalen Lebenserwartung. Zu den typischen klinischen Manifestationen können u.a. eine psychomotorische Entwicklungsretardierung, ein Kleinwuchs, multiple Skelettveränderungen (sog. Dysostosis multiplex), Gelenkkontrakturen, ein Hydrozephalus, eine Korneatrübung, eine Schwerhörigkeit, Herzklappenverdickungen, eine obstruktive und restriktive Atemwegserkrankung, eine Hepatosplenomegalie, Leisten- und Nabelhernien sowie vergrößerte Gesichtszüge gehören. Radiologische Zeichen einer MPS I sind eine rudersblattähnliche Verbreiterung der thorakalen Rippen, eine Abrundung der Skapulae, Wirbelkörperveränderungen (bikonvexe Form, z.T. keilförmig; Neigung der Wirbelsäule zur Gibbusbildung), eine plumpe „Zuspitzung“ der proximalen Metakarpalknochen sowie eine Hüftdysplasie mit Hypoplasie der basalen Anteile der Beckenschaufeln. Die Häufigkeit der Krankheit wird auf 1:145.000 geschätzt. Die MPS I beruht auf Mutationen des *IDUA*-Gens und wird autosomal-rezessiv vererbt. Die Diagnostik erfolgt durch Nachweis einer erhöhten Ausscheidung der Glykosaminoglykane Heparan- und Dermatan sulfat im Urin sowie durch Nachweis einer Defizienz der α -Iduronidase in Leukozyten oder Fibroblasten. Therapeutische Optionen stellen die Enzymersatztherapie und Knochenmarktransplantation/hämatopoetische Stammzelltransplantation dar.

Patient 3 mit Kleinwuchs, Herzfehler und fazialen Dysmorphien

Der Patient (Abb. 10) wurde mit einer Körperlänge von 48 cm (-2 SD) bei normalem Geburtsgewicht und Kopfumfang zum Termin geboren. Seine psychomotorische Entwicklung verlief leicht verzögert. Er hat mit 18 Monaten laufen gelernt und konnte mit zwei Jahren und acht Monaten Dreiwortsätze sprechen. Kardiologisch wurde eine valvuläre Pulmonalstenose diagnostiziert.

Die Körpergröße im Alter von 19 Monaten wurde mit 74 cm (-3 SD) bei einem Kopfumfang von 47,5 cm (~ -1 SD) bestimmt. Körpergröße im Alter von zwei Jahren und acht Monaten 84 cm (-3 SD) bei einem im unteren Normbereich liegenden Kopfumfang von 49 cm. Im Alter von 12 $\frac{1}{2}$ Jahren ist der Patient 132 cm groß (-3 SD) groß.

Bei dem Patienten wurde bei Verdacht auf ein Noonan-Syndrom eine molekulargenetische Testung des *PTPN11*-Gens veranlasst, die eine heterozygote krankheitsspezifische Mutation in diesem Gen zeigte.

Abb. 10: Patient 3 im Alter von 19 Monaten. Fazial auffällig sind ein leichter Hypertelorismus, intensiv gefärbte, hellblaue Iris sowie etwas tief sitzende, nach hinten rotierte Ohren. Außerdem fiel ein kurzer Hals, ein tiefer Haaransatz im Nacken, eine milde Trichterbrust, ein beidseitiger Hodenhochstand sowie eine häutige Syndaktylie zwischen der 2. und 3. Zehe auf.

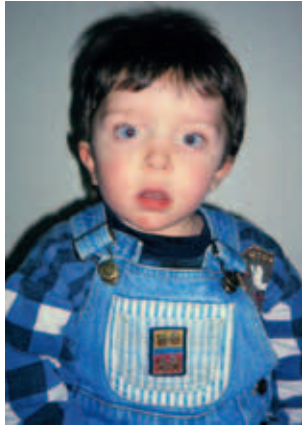
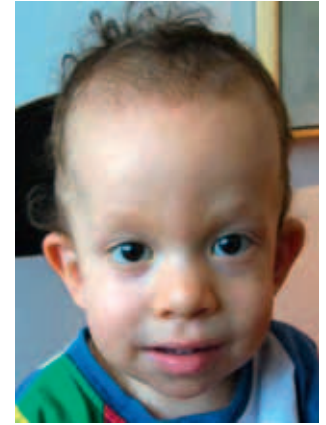


Abb. 11: Bei diesem Patienten wurde ein Noonan-Syndrom mit molekulargenetischem Nachweis einer heterozygoten *SOS1*-Genmutation diagnostiziert.



Noonan-Syndrom

Beim Noonan-Syndrom handelt es sich um ein Fehlbildungssyndrom, das zu den neuro-kardio-fazio-kutanen Krankheitsbildern gehört und durch kongenitale Herzfehler, Kleinwuchs und charakteristische Gesichtszüge gekennzeichnet ist. Die Inzidenz wird mit ca. 1:1.000 bis 1:2.500 angegeben. Etwa 80% der Patienten zeigen kardiovaskuläre Fehlbildungen, wobei die häufigste eine Pulmonalstenose darstellt. Neben einer hypertrophen Kardiomyopathie werden bei Betroffenen auch Septumdefekte (ASD, VSD) sowie eine Fallot'sche Tetralogie gefunden. Charakteristisch ist außerdem ein proportionierter Kleinwuchs, wobei einige Patienten im Verlauf wieder eine Körpergröße im unteren Normbereich erreichen können. Zu den fazialen Dysmorphien gehören u.a. ein Hypertelorismus, eine Ptosis, nach lateral abfallende Lidachsen und tief sitzende, nach hinten rotierte Ohren (Abb. 11). Zudem werden ein hoher Stirnhaaransatz, ein tiefer Haaransatz im Nacken und ein kurzer Hals mit überschüssig erscheinender Nackenhaut oder einem Pterygium colli beobachtet. Die psychomotorische Entwicklung bei Patienten mit Noonan-Syndrom kann verzögert sein, beschrieben werden in einem Drittel der Fälle Lernschwierigkeiten und Teilleistungsstörungen. Außerdem können okuläre Veränderungen (Strabismus, Nystagmus und Refraktionsanomalien), Gerinnungsstörungen sowie Anlagestörungen des lymphatischen Gefäßsystems (pränatal: fetales Nackenödem, fetaler Pleuraerguss, Hydrops, sowie postnatal: Hand- und Fußrückenödeme, Pterygium colli) auftreten. Auch Auffälligkeiten in den harnableitenden Organen, Thoraxdeformitäten sowie eine Einschränkung der Hörfähigkeit werden beobachtet. Einige Patienten mit Noonan-Syndrom haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Leukämien (v.a. juvenile myelomonozytäre Leukämie) und Riesenzelltumoren. Bis zu 70% der männlichen Betroffenen weisen einen Kryptorchismus auf, die Pubertät verläuft häufig verzögert. Für das Noonan-Syndrom wurde eine heterogene Ätiologie nachgewiesen. Es folgt einem autosomal-dominantem Erbgang, wobei in über der Hälfte der Fälle *de novo*-Mutationen zu finden sind. Ne-

ben heterozygoten Mutationen im *PTPN11*-Gen konnten bislang in fünf weiteren Genen (*SOS1*, *RAF1*, *KRAS*, *SHOC2*, *NRAS*) pathogene Sequenzveränderungen identifiziert werden.

Allelische Variante des Noonan-Syndroms: LEOPARD-Syndrom

Durch spezifische *PTPN11*-Mutationen, die beim Noonan-Syndrom nicht vorkommen, ist das LEOPARD-Syndrom gekennzeichnet, welches als allelische Variante des Noonan-Syndroms anzusehen ist. LEOPARD ist ein Akronym und steht für die charakteristischen klinischen Befunde dieses Syndroms: Lentiginose, EKG-Leitungsstörungen, okulärer Hypertelorismus, Pulmonalstenose, abnormale Genitalien, Retardierung des Wachstums und sensorineurale Schwerhörigkeit („deafness“) (Abb. 12). Die fazialen Dysmorphien ähneln denen beim Noonan-Syndrom und es können neben häufigem Kleinwuchs auch eine kognitive Entwicklungsverzögerung mit Lernschwierigkeiten sowie Thoraxdeformitäten, ein Kryptorchismus und ein verzögerter Pubertätsbeginn vorliegen.



Abb. 12: Hautbefund einer Patientin mit LEOPARD-Syndrom



Abb. 13: Patient 4 im Alter von 13 Jahren. Fazial etwas auffällig durch groß wirkendes Gebiss mit vorstehendem Ober- und Unterkiefer (ähnlich beim Vater). Disproportionierter Kleinwuchs mit Rumpfvverkürzung und relativ langen Armen und Beinen. Körpergröße 127,5 cm ($-3,5$ SD), Armspannweite aber 134 cm. Athletisch wirkender Rumpf.

Patient 4 mit disproportioniertem Kleinwuchs und Skelettauffälligkeiten

Der Patient (Abb. 13) wurde in der 42. SSW mit einer Körperlänge von 52 cm ($-0,5$ SD) geboren. Körpergröße der Eltern 166 cm (Mutter) bzw. 190 cm (Vater).

In diesem Fall hat der disproportionierte Kleinwuchs mit den radiologisch erkennbaren Besonderheiten der Wirbelsäule (Abb. 14) zur Diagnose einer spondyloepiphysären Dysplasia tarda geführt.

Spondyloepiphysäre Dysplasia tarda

Bei dieser spondyloepiphysären Dysplasie (SED) handelt es sich um eine angeborene Skelettdysplasie (Skelettsystemerkrankung), die vor allem die Wirbelsäule und die Epiphysen (der langen und kurzen Röhrenknochen) betrifft. Eindeutig manifest wird die Tarda-Form der SED erst im Kindes-/Jugendalter. Zu den typischen Manifestationen gehört ein disproportionierter Kleinwuchs mit Rumpfvverkürzung, eine Achsenfehlstellung der unteren Extremitäten sowie Fehlstellungen der Hüft- und Kniegelenke. Patienten mit einer SED zeigen ein auffälliges Gangbild, das mit „Watschelgang“ umschrieben wird. Die radiologischen Befunde umfassen Formveränderungen der Epiphysen der langen und kurzen Röhren-

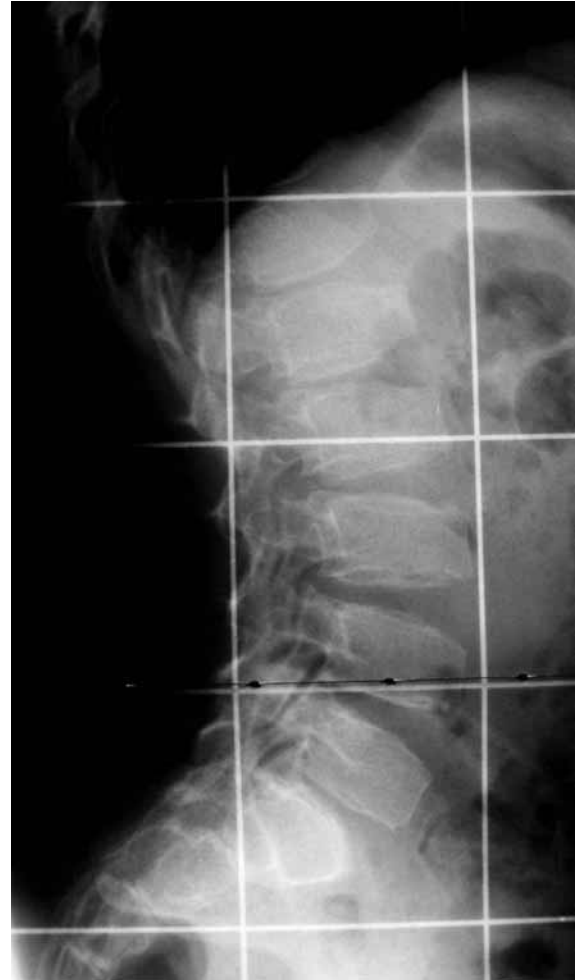


Abb. 14: Röntgenaufnahme der seitlichen Wirbelsäule mit charakteristischen Veränderungen der Wirbelkörper mit Keilform nach ventral und Buckelbildung (sog. „humps“) im dorsalen Bereich der Wirbelkörper

knochen, verspätete Ossifikation der Epiphysen, eine Hypoplasie der Darmbeinschaukeln und Auffälligkeiten der Wirbelkörper, insbesondere im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule. Die Wirbelkörper zeigen oft eine gewölbte Form mit einem zentralen Buckel („hump“). Frühe degenerative Veränderungen betreffen die Schultern und die Hüften. Die Tarda-Form der SED folgt einem X-chromosomal-rezessiven Erbgang und wird durch Mutationen im *SEDL*-Gen, das im Bereich Xp22 lokalisiert ist, verursacht.

Fazit für die Praxis

Bei Verdacht auf einen Kleinwuchs ist die Klärung der möglicherweise zugrundeliegenden Grunderkrankung eine diagnostische Herausforderung. Neben einer Basisdiagnostik ist die fachübergreifende spezifische Diagnostik einschließlich u.a. orthopädischer, endokrinologischer und humangenetischer Abklärung wichtig. Hierbei kann die Vorstellung in einem medizinischen Zentrum sinnvoll sein, in dem mit einem ganzheitlichen Zugang unter Beteiligung verschiedener Fachdisziplinen eine op-

timale Versorgung der Patienten gewährleistet wird. Beim syndromalen Kleinwuchs kann das Erkennen der klinischen Befundkombination zur Diagnosefindung beitragen. Dies kann Möglichkeiten der spezifischen Therapie eröffnen und auch Aussagen über Verlauf und Prognose bzw. Wiederholungswahrscheinlichkeiten bei Angehörigen zulassen.

Danksagung

Die Autoren danken Herrn Professor Dr. R. Pankau und Frau Dr. S. Kleier, die Patientenfotos zur Verfügung gestellt haben, sowie Herrn Prof. Dr. A. Gal für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Kathrin Loosen
Zentrum für kleinwüchsige Kinder und Jugendliche
im Universitären Kinderzentrum Hamburg und
Institut für Humangenetik
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel. 040/7410-54259

Red.: Riedel

Wir suchen Autoren zu pädiatrierelevanten Themen.

Unser Verlagshaus ist seit vielen Jahrzehnten mit diversen Zeitschriften im Bereich Pädiatrie vertreten und möchte sein Buchprogramm in diesem Segment erneuern und erweitern.

Wir freuen uns auf Ihren Themenvorschlag.



**HANSISCHES
VERLAGSKONTOR
LÜBECK** GmbH

Mengstr. 16 · 23552 Lübeck
Tel.: 0451/7031-233 · Fax: 0451/7031-231
Mail: info@hansisches-verlagskontor.de
Homepage: www.schmidt-roemhild.de

Orthopädische Probleme bei Kleinwuchs – am Beispiel der Achondroplasie



Prof. Dr.
Ralf Stücker

Krankheiten, die mit Kleinwuchs einhergehen, sind für den Kinderorthopäden eine große diagnostische und therapeutische Herausforderung, da vielfach eine Reihe assoziierter Störungen neben dem Kleinwuchs vorliegen, die in jedem Einzelfall bedacht und abgeklärt werden müssen. Kleinwuchs ist daher ein klassisches interdisziplinäres Problem. Viele Störungen manifestieren sich im Bereich des muskuloskelettalen Systems. Am Beispiel der Achondroplasie sollen einige typische orthopädische Probleme im Bereich des Bewegungsapparates aufgezeigt werden, die so oder in ähnlicher Form bei vielen anderen Kleinwuchs-Erkrankungen ebenfalls vorliegen.

Die Achondroplasie ist die häufigste Form des Kleinwuchses mit einer Inzidenz zwischen 1,3 auf 100.000 und 1,5 auf 10.000 Geburten. Die Vererbung ist autosomal dominant, 80–90% aller Erkrankungen sind das Resultat von Spontanmutationen. Spontanmutationen entstehen meistens auf dem väterlichen Chromosom, ein Betroffener ist regelhaft heterozygot, homozygote Fälle sind in der Regel nicht überlebensfähig. In allen Fällen liegt eine Störung des *Fibroblasten Wachstumsfaktor Rezeptor 3 Gen (FGFR-3)* auf dem Chromosom 4p vor. Dieses Gen regelt das Längenwachstum im Bereich der Epiphysenfugen. Die spontane Mutationsrate dieser Genregion ist deutlich von dem Alter des Vaters abhängig. Das Mutations-

risiko bei einem 40-jährigen ist gegenüber einem 20-jährigen Mann etwa zehnfach erhöht. Die Entwicklung motorischer Fähigkeiten bei betroffenen Kindern ist verzögert, die intellektuelle Reifung ist jedoch nicht beeinträchtigt.

Pathophysiologie

Bei der Achondroplasie liegt eine Störung der enchondralen Ossifikation vor. Die intramembranöse und die periostale Ossifikation sind ungestört, sodass zum Beispiel das Schädelwachstum nicht betroffen ist. Insbesondere das Längenwachstum der Röhrenknochen ist aber gestört, während das Breitenwachstum dieser Knochen normal erfolgt.

Klinisches Bild

Es entsteht das Bild eines dyproportionierten Kleinwuchses, bei dem eine Verkürzung der proximalen Extremitätenabschnitte imponiert (rhizomeler Kleinwuchs). Die Hände reichen dadurch im Stehen gerade einmal bis in Hüfthöhe. Die Körpergröße beträgt bei Männern nach Wachstumsabschluss etwa 130 cm, bei Frauen etwa 125 cm. Die Gesichtsmorphologie ist auffällig, die Nasenwurzel ist eingesunken (Sattelnase), die Stirnhälften sind vorgewölbt und die Unterkiefer markant.

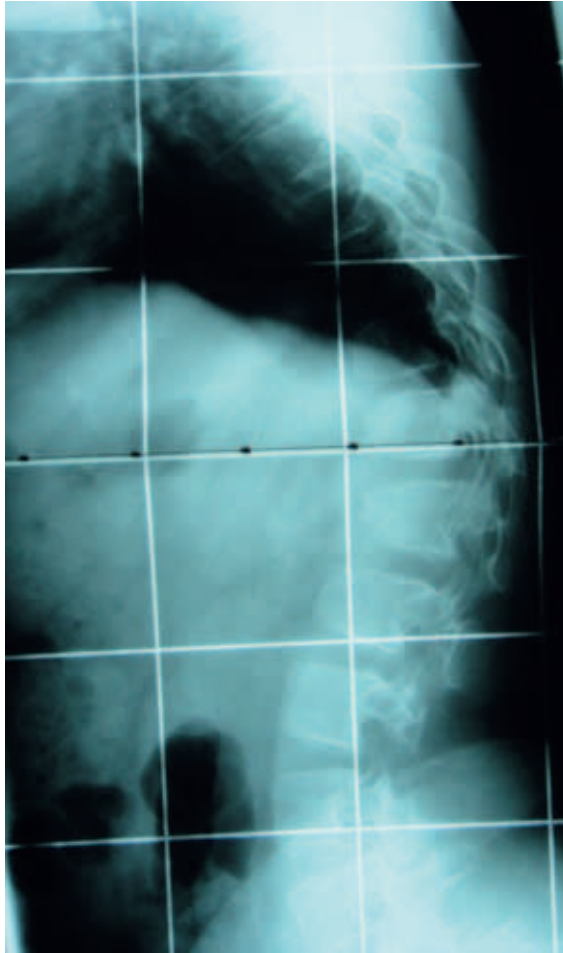
Im den ersten Lebensjahren findet sich regelhaft eine generalisierte Hypotonie, die zur motorischen Entwicklungsverzögerung der Kinder signifikant beiträgt. Später ist sie weniger auffällig.

Die Hände sind kurz und breit, der Mittelfinger kürzer als gewöhnlich und erinnern so an einen „Dreizack“ (Abb. 1). Häufig findet man Beugekontrakturen im Bereich der Ellenbogengelenke. Die unteren Extremitäten sind in der Regel varisch, die Fibula weist gegenüber der Tibia eine Überlänge auf. Im Stand zeigen sich eine Hyperlordose der LWS und vorgewölbte Bauchdecken. Bei Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr findet sich nahezu regelhaft eine thorakolumbale Kyphose.

Abb. 1: Linke Hand eines Kindes mit Achondroplasie: Typische Skelettmanifestationen mit kurzen und breiten Röhrenknochen, verzögerter Entwicklung der Epiphysen und verbreiterten Metaphysen



Abb. 2:
11-jähriger
Junge mit
Achondro-
plasie: Erheb-
liche Verkür-
zung der
Pedikel im
seitlichen
Röntgenbild

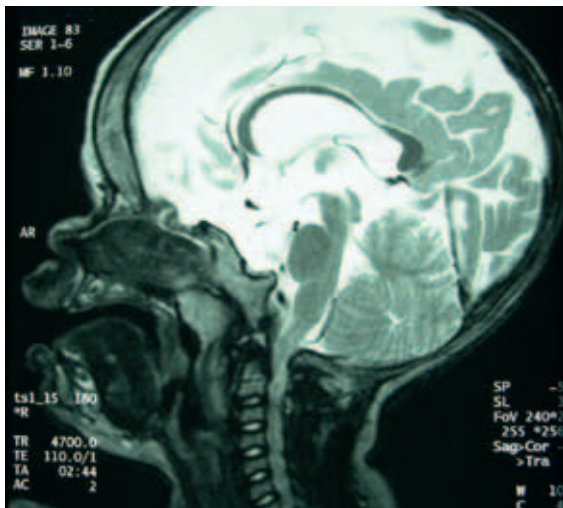


Der große Kopf ist anfangs schwierig zu balancieren. Der dyproportionierte Kleinwuchs bewirkt ein unökonomisches und aufwendiges Gangbild. Die Hebelarme für die Muskulatur sind ungünstig. Dadurch schwitzen und ermüden die jungen Betroffenen schnell. Durch ein reduziertes Rippenwachstum ist der Thorax häufig schmal.

Radiologische Diagnostik

Es finden sich verkürzte Röhrenknochen mit breiten und gebogenen Metaphysen (Abb. 1). Die epiphysäre Entwicklung ist in der Regel nicht betroffen. Die Ent-

Abb. 3: MRT
bei einem
2-jährigen
Jungen mit
Achondro-
plasie: Erheb-
liche Enge
des Foramen
magnum mit
beginnenden
Signalinten-
sitätsver-
änderungen



wicklung der Epiphysenkerne ist jedoch verzögert, die Epiphysenfugen nehmen eine U- oder V-Form an. Das Becken ist breit (Champagnerglas-Form), die Pfannendächer stehen horizontal. Aufgrund der gestörten enchondralen Ossifikation erscheint der Hüftkopfkern erst um das erste Lebensjahr herum. Regelmäßig findet sich auch ein Trochanterhochstand, aber keine echte Coxa vara.

Im Bereich der Lendenwirbelsäule zeigt sich bei 70% aller Patienten eine von LWK 1 bis LWK 5 zunehmende Reduktion der Interpedikularabstand, dadurch entsteht häufig eine Spinalkanalstenose. Ursache ist ein frühzeitiger Verschluss der Synchronrose zwischen Wirbelkörper und Bogenwurzel. Im seitlichen Röntgenbild sind die Pedikel deutlich verkürzt (Abb. 2).

Diagnose und Differenzialdiagnose

Die pränatale Diagnostik ist möglich, jedoch nicht immer spezifisch, eine FGFR-3-Bestimmung kann jedoch Klarheit bringen. Im Neugeborenenalter ist die Diagnose in der Regel einfach. Eine Hypochondroplasie hat geringere Ausprägungen an Veränderungen, jedoch radiologisch ähnliche Merkmale.

Orthopädische Aspekte

Foramen magnum-Stenose

Eine Enge des Hinterkopfs kann schon im frühen Kindesalter zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Eine Entwicklungsverzögerung findet man bei vielen Kindern mit Achondroplasie. Wenn sich jedoch Atemregulationsstörungen oder auch Zeichen einer Spastik wie gesteigerte Reflexe, Kloni oder ein positives Babinski-Zeichen zeigen, muss an eine Foramen magnum-Stenose gedacht werden.

Schlafapnoen können ebenfalls als Zeichen einer occipitocervikalen Enge zentral, andererseits jedoch auch obstruktiv bedingt sein. Schlaflaboruntersuchungen sind in der Lage, diese beiden Formen der Apnoe zu differenzieren. Eine neurologische Untersuchung ist bei Verdacht auf das Vorliegen einer Foramen magnum -Stenose ebenfalls indiziert. Die somatosensorischen evozierten Potentiale korrelieren mit den Symptomen und den Veränderungen im MRT. Ein MRT zeigt fast immer eine Enge im Bereich des Foramen magnum. In schweren Fällen liegen bereits Signalintensitäts-Veränderungen des occipitocervikalen Übergangs vor (Abb. 3).

Sind neurologische Symptome, Schlafapnoe und entsprechende Veränderungen im MRT vorhanden, ist eine neurochirurgische Dekompression des Foramen magnum in Kombination mit einer Atlasbogenresektion indiziert. In wenigen Fällen kann zusätzlich eine occipitocervikale Instabilität vorliegen, diese erfordert dann additiv zur Dekompression eine Spondylodese (Abb. 4).

Thorakolumbale Kyphose

Fast alle Kinder mit Achondroplasie entwickeln im ersten Lebensjahr eine thorakolumbale Kyphose, die besonders auffällt, wenn die Kinder hingesezt werden (Abb. 5). In der Regel kommt es zu einer Reduktion der



Abb. 4: HWS seitlich bei 5-jährigem Jungen: In diesem Fall erfolgte eine dorsale Fusion von C0 bis C2 mit Entwicklung einer soliden Fusionsmasse wegen occipitocervikaler Stenose und Instabilität

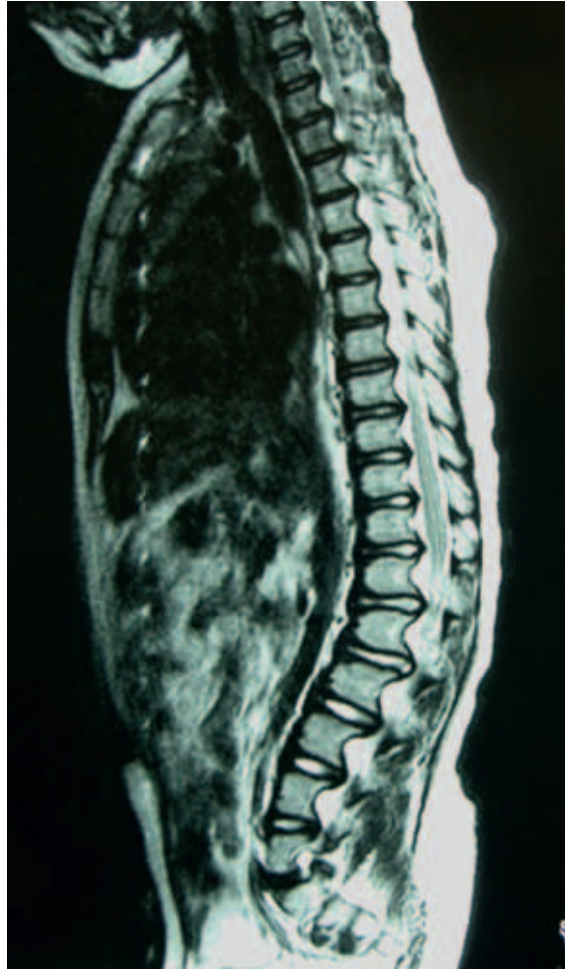


Abb. 6: MRT: Typische thorakolumbale Kyphose mit Spinalkanalstenose und zusätzlicher Raumforderung durch die apikalen Bandscheiben

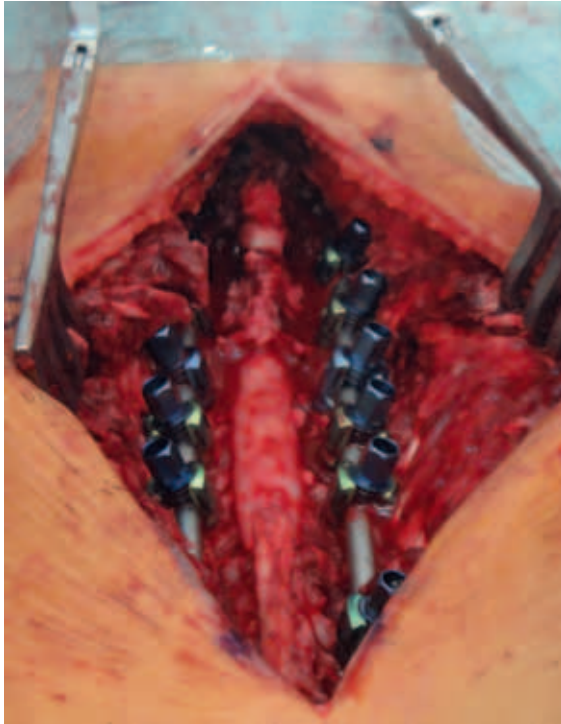


Abb. 5: Typische thorakolumbale Kyphose bei einem 1-jährigen Jungen mit Achondroplasie, welche sich im Sitzen verstärkt

Kyphose mit Entwicklung der Gehfähigkeit. Bei unzureichender Rumpfkontrolle bewirken der schwere Kopf in Kombination mit der Muskelhypotonie, dass sich im Sitzen eine Kyphose ausbildet. Kinder sollten daher mit Beginn des Sitzens eine Unterstützung erfahren und nicht-gestütztes Sitzen sollte im ersten Lebensjahr limitiert werden. Krankengymnastik unter Hilfen zur Aufrichtung über die Bauchlage hat sich bewährt. Sollte im dritten Lebensjahr immer noch eine signifikante Deformität vorliegen, empfiehlt sich eine Korsettversorgung, bevor sich strukturelle Wirbelkörperfehlbildungen einstellen. Im Alter von 3–4 Jahren hat eine Korsettbehandlung durchaus Aussichten auf Erfolg, später sind die Ergebnisse nicht mehr so gut.

Bei nicht-eintretender Spontankorrektur und Persistenz oder Progredienz der Deformität auf etwa 50° müssen operative Verfahren in Erwägung gezogen werden. In vielen Fällen kommt es unter vertikaler Belastung zu einer symptomatischen Spinalkanalstenose. Die freie Gehstrecke wird kürzer. Die Patienten nehmen dann häufig eine Hockstellung ein. Bei progredienter Kyphose ist die Entwicklung einer Spinalkanalstenose beschleunigt, da zusätzlich zur knöchernen Stenose des Spinalkanals auch die Bandscheiben im Kyphoseapex raumfordernd wirken (Abb. 6). Nach eigenen Erfahrungen kann schon eine signifikante Spinalkanalstenose vorliegen, obwohl die neurologische Untersuchung völlig unauffällig ist. Das

Abb. 7: Intraoperativer Situs: Die Korrektur der Kyphose ist vollständig. Zusätzlich erfolgte eine Dekompression des Spinalkanals durch Laminektomie über 4 Segmente



hängt damit zusammen, dass diese Untersuchungen in Rückenlage stattfinden und somit eine Raumforderung der apikalen Bandscheiben in dieser Position nicht vorliegt.

In der Literatur werden unterschiedliche operative Verfahren ab einer Krümmung von 30–50° empfohlen. In jedem Fall sollte eine kombinierte ventrale und dorsale Korrektur erfolgen. Die Bandscheiben sollten im Kypho-

seapex komplett bis zum hinteren Längsband reseziert werden, da sie selbst nach dorsal raumfordernd sind. Anschließend erfolgt die Korrektur von dorsal mit Hilfe von Pedikelschrauben. In jedem Fall sollte auch eine ausgiebige Dekompression von dorsal angestrebt werden (Abb. 7, 8).

Auch ohne Kyphosierung des thorakolumbalen Übergangs können Patienten mit Achondroplasie eine symptomatische Spinalkanalstenose entwickeln. Besonders solche Individuen sind betroffen, die in Höhe des LWK 1 eine Interpedikularabstand von weniger als 20 mm oder in Höhe des LWK 5 eine solche von weniger als 16 mm aufweisen. Zur Klärung des Ausmaßes bzw. der Ausdehnung einer Spinalkanalstenose ist die Kernspintomographie die Methode der Wahl. Die Behandlung besteht in einer bereits zuvor beschriebenen multisegmentalen Dekompression. Bei Vorliegen einer Kyphose sollte jedoch auch immer eine Korrektur der Kyphose durch Spondylodese angestrebt werden.

Untere Extremitäten

Achsenfehlstellungen im Bereich der unteren Extremitäten entwickeln sich bereits häufig in früher Kindheit. Meist handelt es sich um Varus-Deformitäten wie Genua vara oder Crura vara. Eine orthetische Behandlung hat keinen Einfluss auf die Entwicklung und die Prognose dieser Deformitäten. Da Genua vara bei Achondroplasie nicht als Präarthrose zu werten sind, ergeben sich Indikationen für Korrekturmaßnahmen in der Regel nur, wenn Symptome vorliegen. Bei Vorliegen einer Überlänge der Fibula kann dadurch eine Varusdeformität entstehen. In solchen Fällen könnte eine Epiphyseodese der proximalen Fibula in Erwägung gezogen werden. In ausgeprägten Fällen oder bei Vorliegen von Beschwerden können entweder Epiphyseodesen oder Korrekturosteotomien vorgenommen werden.

Gelegentlich findet man Beugekontrakturen im Bereich von Hüft- oder Kniegelenken. Eine operative Korrektur ist jedoch nur in seltenen Fällen erforderlich. Ausgeprägte Beugekontrakturen im Bereich der Kniegelenke lassen sich durch ventrale Epiphyseodesen im Bereich der distalen Femurepiphysenfuge relativ elegant korrigieren.

Obere Extremitäten

Gelegentlich findet man eine Beugekontraktur der Ellenbogengelenke. Verantwortlich dafür ist häufig eine Dezentrierung des Radiusköpfchen im Sinne einer Radiusköpfchenluxation oder -subluxation. Operative Korrekturmaßnahmen sind in der Regel nicht erforderlich.

Verlängerungen der Extremitäten

Verlängerungen der Extremitäten sind sowohl im Kindesalter als auch später möglich, werden jedoch sehr kontrovers diskutiert. Gründe für und gegen Verlängerungsmaßnahmen der Extremitäten gibt es viele. Die Befürworter von Verlängerungen berichten über ein gehobenes Selbstwertgefühl und über mehr Unabhängigkeit im späteren Leben. Die Gegner führen die nicht unerhebliche Komplikationsrate von Verlängerungsmaßnahmen an. Die psychischen und psychologischen Folgen solcher

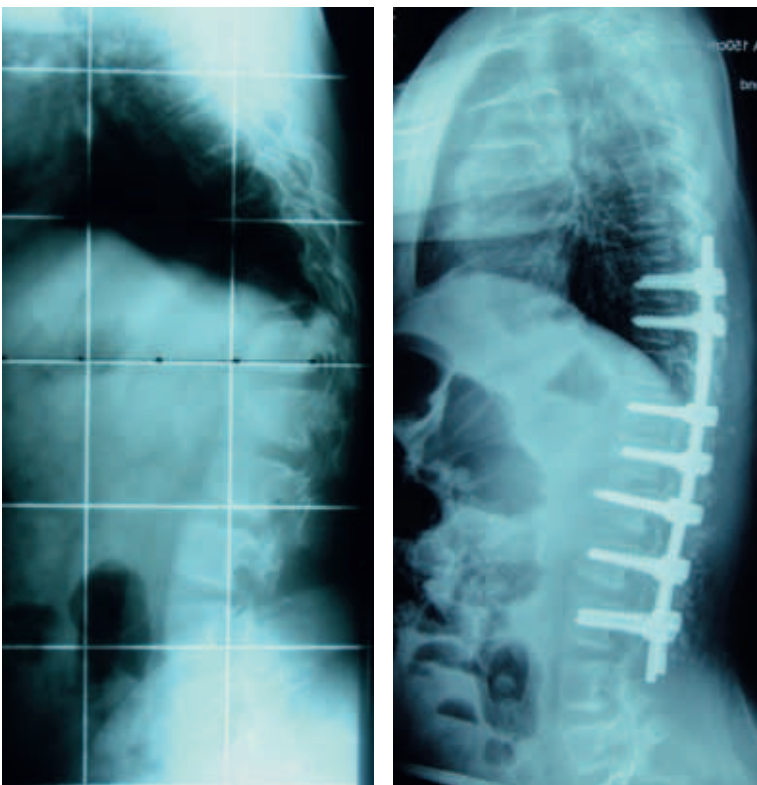


Abb. 8 a und b: Ausgeprägte thorakolumbale Kyphose vor und nach Korrektur, Spondylodese und Dekompression



Abb. 9: Apparat zur Extremitätenverlängerung

Verlängerungsmaßnahmen sind derzeit nach eigener Einschätzung nur unzureichend evaluiert. Im Kindesalter müssen die Verlängerungen über die Applikation von Verlängerungsapparaten erfolgen (Abb. 9). Bei Verlängerungen von 4–6 cm müssen die Fixateure zwischen 6–12 Monaten an den Extremitäten belassen werden, bis sich ein ausreichend festes Knochenregenerat im Bereich der Verlängerungsstrecke eingestellt hat. Immerhin interferiert man mit frühzeitigen Verlängerungen maßgeblich im Bereich der frühen motorischen Entwicklung der Kinder. Unser Kleinwuchs-Zentrum bietet daher Verlängerungsoperationen bevorzugt für Patienten in der Adoleszenz an, bei denen ein gewisses Ausmaß an Mitbestimmung vorhanden ist. Gerade für Patienten nach Wachstumsabschluss werden sich demnächst neue Optionen für Verlängerungen mit intramedullären Verlängerungsnägeln ergeben, die wahrscheinlich die Nebenwirkungsrate verringern und den Komfort der Verlängerung verbessern können.

Fazit für die Praxis

Kinder mit Achondroplasie haben spezifische Probleme im Bereich des Bewegungsapparates. Schwerwiegend sind eine Enge des Foramen magnum und progrediente Kyphosen des thorakolumbalen Übergangs. Achsenfehler im Bereich der unteren Extremitäten können durch Wachstumslenkende Operationsverfahren (Epiphyseodesen) korrigiert werden. Verlängerungen im Bereich der unteren Extremitäten sind möglich, sollten jedoch sorgsam erwogen werden.

Wichtig ist auch die interdisziplinäre Betreuung dieser Patienten und ihrer Familien an einem Kleinwuchszentrum.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ralf Stücker
Kinderorthopädische Abteilung Altonaer Kinderkrankenhaus
Universitäres Kleinwuchszentrum Hamburg
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel: 040-88908382
E-Mail: Ralf.Stuecker@Kinderkrankenhaus.net

Red.: Riedel

Der besondere Fall ●●●

Akzidentelle Vergiftung mit Eucalyptus-Kiefernadel-ölinhalat – Eine (nicht) ungewöhnliche Kasuistik

Ein Beitrag zur Pharmakologie und Toxikologie von Eukalyptus- und Kiefernadelöl



Dr. med.
Dr. rer. nat.
Dipl. pharm.
Michael Lachmann

Wir berichten über eine Intoxikation mit einer Inhalationsmischung aus Eukalyptus- und Kiefernadelöl. Der klinische Verlauf war unkompliziert und präsentierte die typische Klinik einer Vergiftung mit ätherischen Ölen. Das klinische Bild war geprägt von gastrointestinalen und neurologischen Symptomen mit Übelkeit und Erbrechen sowie Somnolenz, Hyperreflexie und Dysarthrie. Diskutiert werden aktuelle pharmakologische Erkenntnisse und pharmakologisch sowie toxikologisch relevante Aspekte der Anwendung von ätherischen Ölen, fokussiert auf Eukalyptus- und Kiefernadelöl.

Einleitung

Die Anwendung ätherischer Öle zählt zum Standardrepertoire einer naturheilkundlichen Therapie von Erkrankungen der oberen Atemwege und erfreut sich insbesondere im pädiatrischen Bereich einer großen Beliebtheit. Ungeachtet der großen therapeutischen Breite offizineller Inhalate und Einreibungen finden sich gar nicht so selten akzidentelle Intoxikationen durch Aufnahme von Präparaten, die ätherische Öle enthalten. Die Statistik des Berliner Giftnotrufs des Jahres 2009 bezeichnet den bei kindlichen Ingestionsunfällen beobachteten Anteil, der durch ätherische Öle verursacht wird, mit 1,3 %.

Wir berichten über einen Fall der Aufnahme einer Ätherisch-Öl-Inhalationsmischung aus Eukalyptus- und Kiefernadelöl durch ein Kind. Präsentiert wurde eine Klinik mit Übelkeit und Erbrechen sowie neurologischen Symptomen in Form von Benommenheit, Hyperreflexie und gestörter Artikulation, die nach symptomatischer Therapie mit Restitutio ad integrum abklang.

Anamnese

Nach einer Ingestion einer unbekanntenen Menge Sano-pin® (Eukalyptusöl/Kiefernadelöl) durch einen kleinen Jungen vor dem Zubettgehen kam es zum Auftreten von Intoxikationssymptomen. Die Eltern beobachteten ein plötzliches Aufschreien, nachfolgend Somnolenz. Der Junge hätte die Augen „verdreht“. Im Verlauf kam es zu progredienter Bauchschmerzsymptomatik und Erbrechen. Bei Eintreffen des Notarztes präsentierte der Patient inadäquate Reaktionen und unverständliche Artikulation.

Aufnahmebefund

7-jähriger normosomer Patient in reduziertem Allgemeinzustand, gutem Ernährungszustand, ansprechbar, Rachen gerötet, Herz: Herztöne rein, tachykard. Pulmo: Eupnoe, keine Rasselgeräusche, keine Obstruktion, aro-

matische Exhalation (Eukalyptus-Kiefernadelöl). Abdomen: Druckschmerz linker Unterbauch, sonst unauffällig. Der neurologische Befund des Kopf- und Hirnnervenbereiches war unauffällig, die Extremitätenreflexe seitengleich gesteigert, ausgeprägter Tremor und zielunsichere Bewegung. Psychischer Befund: Patient war wach, im Verlauf aufklarend, dann orientiert, ängstlich. Labor bei Aufnahme und am Entlassungstag: Blutbild, Kreatinin, ASAT, ALAT, CRP, Elektrolyte und Glucose unauffällig. Urin-Status unauffällig.

Diagnose: Intoxikation durch Ingestion eines Eukalyptusöl-Kiefernadelöl-Inhalates.

Therapie und Verlauf

Nach Rücksprache mit dem Giftnotruf leiteten wir unter 24-stündiger Überwachung eine symptomatische Therapie mit Volumen- und Elektrolytsubstitution ein und ergänzten die Therapie bei intestinalen Spasmen mit einer intravenösen Spasmolyse mit Butylscopolamin. Bei stabilen Kreislaufverhältnissen klangen die Beschwerden des Patienten alsbald ab. Wiederholte Kontrollen des Urinstatus blieben unauffällig. Der Patient konnte in stabilem Gesundheitszustand ohne Residuen in die Häuslichkeit entlassen werden.

Diskussion

Inhalationsmischungen ätherischer Öle, die Eukalyptus- und Kiefernadelöl enthalten, werden aufgrund ihrer expektorierenden, bronchospasmolytischen, antiphlogistischen sowie antibakteriellen Wirkung gern bei Infekten der oberen Atemwege eingesetzt. Zudem nutzt man ihre hyperämisierenden und analgetischen Eigenschaften. Eine gesicherte Wirkung von Eukalyptus- und Kiefernadelöl existiert nach Einschätzung der Kommission E/ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy) bei Erkältungskrankheiten der Luftwege und bei rheumatischen Beschwerden. Insbesondere Kiefernadelöl ist ein häufiger Bestandteil von Rheumaeinreibungen und -bädern. Die Beliebtheit von Eukalyptus- und

Kiefernadelöl als Expektorans, insbesondere im pädiatrischen Bereich, führt gelegentlich zu Intoxikationen (Adler 2010).

Eukalyptus- und Kiefernadelöl

Eukalyptus-Öl stellt eine Mischung unterschiedlicher natürlich vorkommender Terpene dar, die durch Wasserdampfdestillation aus den Blättern verschiedener Eukalyptusarten gewonnen werden. Die so gewonnenen Ölfractionen werden von unerwünschten Verbindungen, insbesondere Aldehyden, die eine Reizwirkung an den

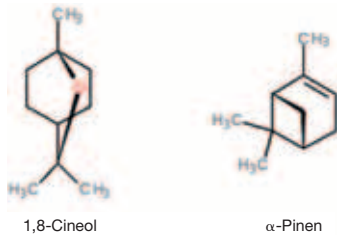


Abb. 1: Formel von 1,8-Cineol und alpha-Pinen

Atemorganen verursachen, gereinigt. Das europäische Arzneibuch fordert zur medizinischen Anwendung ein Eukalyptusöl mit einem Mindestgehalt von 70% 1,8-Cineol (syn. Eukalyptol), welches daneben Limonen (12%), α -Pinen (2-8%), in geringeren Anteilen auch β -Pinen (0,5%) und Campher (0,1%) u.a. enthält.

Das durch Wasserdampfdestillation aus verschiedenen Kiefernarten gewonnene Kiefernadelöl enthält als Hauptkomponenten α -Pinen (bis 30%) und β -Pinen (bis 18%), Car-3-en (33%), Limonen (bis 16%), β -Phellantren (etwa 18%), in geringeren Anteilen Bornylacetat (5%) als charakteristischen Geruchsträger des Kiefernadeldufts (Teuscher et al. 2004).

Einfluss auf Erkrankungen der Atemwege

Gemische von Eukalyptus- und Kiefernadelöl haben ein hohes Potential bei der Behandlung von Infekten der oberen und unteren Atemwege. Sie kommen sowohl als Inhalate als auch in Form oraler Präparate zum Einsatz. Hustensalben enthalten bis zu 20% Eukalyptusöl bzw. bis 15% Kiefernadelöl. Inhaliert wirken ätherische Öle direkt auf die Schleimhäute des Atemtraktes. Bei oraler Anwendung diskutiert man im Wesentlichen zwei Wirkmechanismen, einen direkten Einfluss auf die Bronchialschleimhaut bei Ausscheidung über die Lungen und eine reflektorische Stimulation der Bronchialsekretion über den Magen durch einen vagal-vermittelten gastropulmonalen Reflex.

Die sekretolytischen Effekte basieren auf einer bevorzugten Stimulation sekretorischer Drüsenzellen. Muköse Drüsenzellen werden hingegen weniger stimuliert, sodass im Endeffekt ein dünnflüssigeres Bronchialsekret entsteht. Ätherische Öle steigern die mukosale Zilienmotilität und vermitteln über eine Bronchospasmyse eine Erweiterung feiner Bronchialäste. Bei gleichzeitig erhöhtem Sekretvolumen sowie einer Herabsetzung der Oberflächenspannung des Bronchialsekretes (surfactantanalogue) wird ein Hustenreiz induziert und das Abhusten erleichtert. Insbesondere α -Pinen zeichnet sich mit einer schleimtreibenden Wirkung aus. Symptomatisch wird die Nasenatmung verbessert. Eine gute und sichere Wirk-

samkeit bei nichtpurulenter Rhinosinusitis war dem 1,8-Cineol in einer doppelblind-randomisierten Studie zu bescheinigen (Kehrl et al. 2004).

Erfolgversprechende Effekte von 1,8-Cineol bei der Therapie von COPD und Asthma bronchiale fanden sich in klinisch-kontrollierten Studien. In Komedikation von 1,8-Cineol (3 x 200 mg, dünndarmlöslich verkapselt) mit Prednisolon bei der Behandlung von Asthmapatienten gelang eine signifikante Reduktion der therapeutisch notwendigen Prednisolondosis um ca. 1/3, ohne dass es zur Zunahme der Salbutamolbedarfsmedikation oder von Asthmaanfällen kam. In der Placebogruppe wurde lediglich eine Reduktion der Prednisolondosis von 7% toleriert unter Verdopplung des Salbutamoltagesbedarfs (Juergens et al. 2003).

Viele Terpene können das Schmerzempfinden beeinflussen, zum Beispiel wirkt das Monoterpen 1,8-Cineol im Tierversuch antinozizeptiv und antiinflammatorisch (Santos und Rao 2000), auch gastroprotektive Wirkung wurden beschrieben (Santos und Rao 2001).

Die kausalen pharmakologischen Wirkmechanismen des 1,8-Cineols (Eukalyptol) sind teilweise erforscht. In vitro konnte 1,8-Cineol als starker Hemmer der proinflammatorischen Zytokine TNF- α und IL-1 β charakterisiert werden. Als gesichert gilt zudem der inhibitorische Einfluss auf den Arachidonsäure-Metabolismus, Suppression der monozytären Leukotrien-B₄- (LTB₄)-Produktion und der Prostaglandin E₂-Synthese. 1,8-Cineol reduziert die Aktivität der Makrophagenmyeloperoxidase. Somit ist partiell die Rolle des 1,8-Cineols bei der Kontrolle der zytokininduzierten Schleimhypersekretion und dessen antiinflammatorische/antinozizeptive Wirkung erklärbar (Juergens et al. 2004, Bastos et al. 2011, Juergens et al. 2003, Beuscher et al. 1998).

Pharmakokinetik

Aufgrund ihrer Lipophilie werden ätherische Öle vom Magen-Darm-Trakt gut resorbiert, das gilt auch für die perkutane Resorption, diese ist in quantitativer Hinsicht der oralen vergleichbar (Römmelt et al. 1974). Lokal aufgetragene ätherische Öle erscheinen ca. 2 Stunden später in der Atemluft. Im Fall der systemischen Aufnahme erfolgt eine bevorzugte Verteilung in die lipophilen Gewebe, was die zentralnervösen Symptome bei Intoxikationen erklärt.

1,8-Cineol, der Hauptbestandteil von Eukalyptusöl, wird über die Atemwege gut aufgenommen. Die maximale Plasmakonzentration wird nach 18 min erreicht, mit einer mittleren Verteilungshalbwertszeit von ca. 6-7 Minuten und einer Eliminationshalbwertszeit von ca. 100 Minuten. Oral beträgt die Verfügbarkeit ca. 10%. Bei α -Pinen wurden maximale Plasmaspiegel 10 min nach perkutaner Resorption gefunden und eine Halbwertszeit von 32 h ermittelt. Nahezu linear verlief die pulmonale Resorption, mit einem pulmonalen Resorptionsquotienten von ca. 60% der inhalierten Pinenmenge. Nicht unerhebliche Mengen des aufgenommenen 1,8-Cineols und α -Pinen werden über Monooxygenasen der Cytochrom-P450-Familie oxidativ metabolisiert und als

Glucuronide im Urin eliminiert. Ein geringer Anteil α -Pinen (8%) fand sich in der Exhalationsluft. Nur Spuren der unveränderten Monoterpene (z.B. bei α -Pinen 0,001 %) finden sich im Urin, der im Fall von Eukalyptusöl einen an Veilchen erinnernden Geruch annimmt (BMJ Group 1996, Jäger et al. 1996, Falk et al. 1990, Teuscher und Lindequist 2010, Filipsson 1996).

Intoxikationen

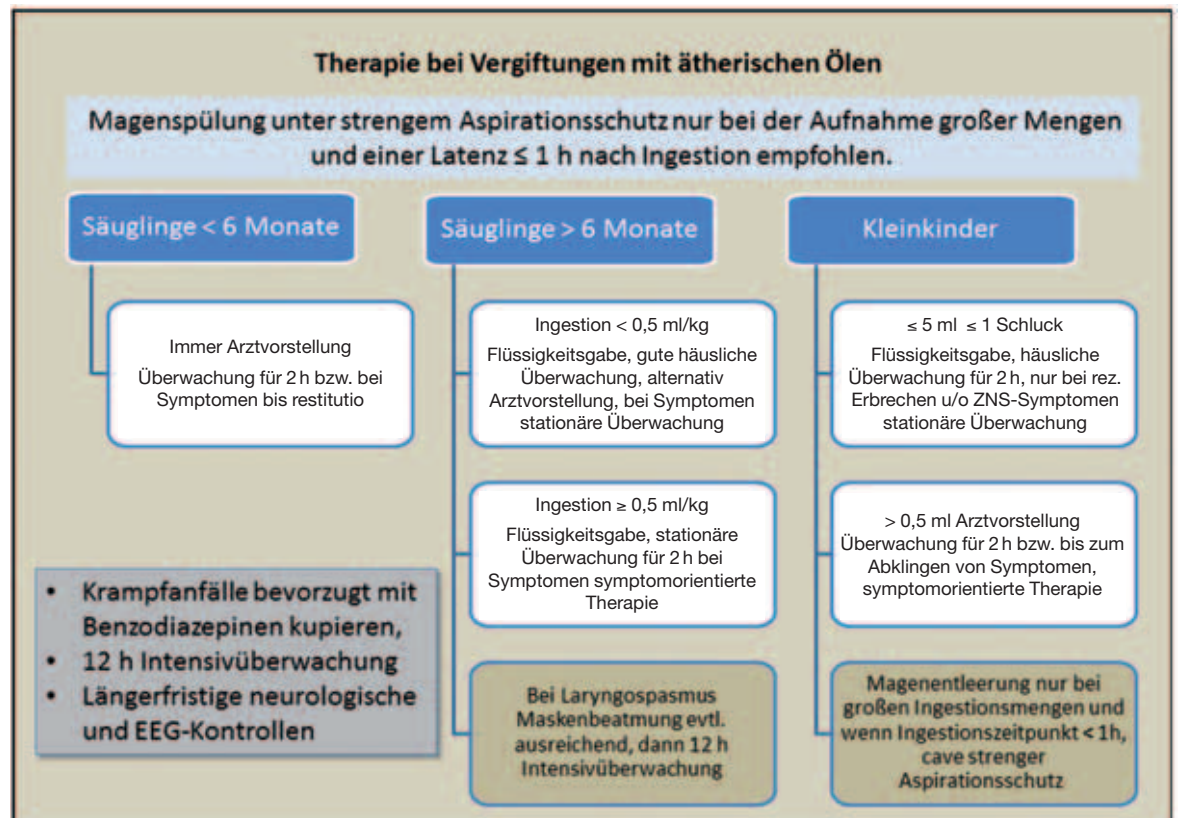
Die mittlere tödliche Dosis von Eukalyptusöl beträgt etwa 20 ml, wobei Gaben ab 3,5 ml tödlich wirken können. Die Angaben zu akut-toxischen Dosen von Eukalyptusöl unterliegen einer großen Spannweite. Bereits 1 ml Eukalyptusöl kann ein transientes Koma induzieren, die Aufnahme von 3,5 ml Eukalyptusöl kann fatal enden, erheblich größere Dosen bis zu 480 ml Eukalyptusöl wurden unter Therapie überlebt (Gurr 1965, Melis et al. 1989). Bezüglich der Akuttoxizität von Eukalyptusöl werden in der Literatur zum Teil kontroverse Ansichten vertreten, die von eher geringfügigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Webb und Pitt 1993) bis hin zu erheblicher toxikologischer Potenz des Eukalyptusöls reichen (Tibballs 1995).

Zu Intoxikationen kam es sowohl bei der medizinischen Anwendung von Inhalaten und Einreibungen als auch durch versehentliche orale Aufnahme, nach nasaler Applikation von zur Inhalation bestimmten Ätherisch-Ölmischungen, oder auch irrtümlicher Anwendung am Auge. Im Fall der oralen Aufnahme von Eukalyptus- und/oder Kiefernadelöl wird ein Symptomkomplex mit epigastrischen Brennsensationen, Übelkeit, Erbrechen, Miosis, Tachykardie, Dyspnoe und Zyanose sowie zen-

tralnervösen Symptomen (ZNS-Depression, Müdigkeit, Ataxie, Muskelschwäche, generalisierte tonisch-klonische Krämpfe bis zum Koma) beschrieben, wobei Kinder hierfür empfindlicher sind. Lokal kommt es zu Irritationen an Haut und Schleimhäuten (Spoerke et al. 1989, Steinegger und Hänsel 1988, Ludewig und Lohs 1988, Patel und Wiggins 1980, Hindle 1994, Wyllie und Alexander 1994, Tibballs 1995, Melis et al. 1989, Flaman et al. 2001, Webb und Pitt 1993, Day et al. 1997, BMJ Group 1996). Im Fall der Beimischung von Kampfer, vornehmlich in Rheumaeinreibungen, aber auch in Erkältungssalben wie z.B. Wick VapoRub®, stellt dessen prokonvulsive Potenz einen erheblichen toxikologischen Aspekt dar (Gouin und Patel 1996, Khine et al. 2009, Flaman et al.). Eine medizinische Anwendung vom Kampfer als Atemanaleptikum und zur Krampfbehandlung in der Psychiatrie ist heute obsolet.

Patel beschreibt eine Intoxikation mit Eukalyptusöl, die zum komatösen Bewusstseinszustand, verbunden mit Bradypnoe sowie Kardiodepression und Hypotension, führte. Eine Therapie mittels Bikarbonat-Magenspülung unter Aspirationsschutz wurde vorgenommen. Bemerkenswert war das schnelle Auftreten von respiratorischen und zentralnervösen Symptomen nach Ingestion (Patel und Wiggins 1980). Die Resorption toxischer Quantitäten Eukalyptusöl aus Einreibungen führte zu einer systemischen Intoxikation eines 6-jährigen Mädchens. Nach topischer Applikation einer eukalyptusölhaltigen Salbe kam es zu einer neurologischen Symptomatik mit verwaschener Sprache, Ataxie und Muskelschwäche bis hin zu Bewusstseinstörung. Sechs Stunden nach Entfernung der Salbe klangen die Symptome

Abb. 2: Therapieschema bei Vergiftung mit ätherischen Ölen



nach Mühlendahl, KE v., Vergiftungen im Kindesalter, 4. Aufl. 2007, Thieme, Berlin u.a.

ohne Residuen ab (Darben et al. 1998). Intoxikationen durch eukalyptusöhlhaltige Präparate bei nasaler Anwendung mit systemischer Symptomatik und Konjunktivitis werden von Wyllie und Mehlis (Wyllie und Alexander 1994, Melis et al. 1989) und nach lokaler Applikation am Auge von Adams und Blanchard (Adams et al. 2009, Blanchard 1989) beschrieben.

Die lokale Verträglichkeit Eukalyptus- und kiefernadelöhlhaltiger Einreibungen wurde von Willms in einer Studie belegt (Willms et al. 2005). Sensibilisierungspotential wird den Oxidationsprodukten von α -Pinen (in verharzten Ölen) zugeordnet, weshalb pharmazeutisch angewendetes Kiefernadelöl diese nicht enthalten soll. Relativ unbeachtet bleibt häufig die Reizwirkung ätherischer Öle auf den Urogenitaltrakt, die sich mit renaler Hyperämie, Hämaturie und Proteinurie äußern kann, D(α)-Pinen gilt in hohen Dosen als nephrotoxisch (Ludewig und Lohs 1988).

Erwähnt werden soll in diesem Zusammenhang der Kratschmer-Holmgren-Reflex mit reflektorischem Stimmlippenkrampf und Atemstillstand (nasobronchialer Reflex) und Bradykardie (nasokardialer Reflex), bei Säuglingen und Kleinkindern nach Anwendung ätherischer Öle im Nasenrachenbereich infolge einer starken trigeminalen Reizung. Daher hat eine Anwendung von ätherischen Ölen und deren Zubereitungen bei dieser Patientengruppe mit größter Sorgfalt zu erfolgen. Ebenso restriktiv sollten ätherischen Öle bei Patienten mit bronchialer Hyperreagibilität und Neigung zu Pseudokrapp oder obstruktiven Bronchitiden eingesetzt werden.

Therapie

Aktuelle Therapieempfehlungen sehen ein abgestuftes medizinisches Vorgehen nach Intoxikationen mit ätherischen Ölen vor (Abb. 2). Dieses orientiert sich vornehmlich an der präsentierten Klinik, da sowohl die aufgenommene Menge als auch der Intoxikationszeitpunkt im Akutfall häufig unklar sind. Übereinstimmend wird eine Magenspülung unter strengem Aspirationsschutz nur bei der Aufnahme großer Mengen und einer Latenz ≤ 1 h nach Ingestion empfohlen. Ausreichende Flüssigkeitsgaben und Überwachung ggf. unter intensiv-

medizinischen Kautelen stellen Basismaßnahmen dar. Krampfanfälle sollten vorrangig mit Benzodiazepinen kuptiert werden, in diesen Fällen sollten auch längerfristige neurologische und EEG-Kontrollen erfolgen. Beim Auftreten eines Laryngospasmus scheint eine Maskenbeatmung ausreichend zu sein, aber auch hier werden längerfristige Kontrollen wegen möglicher hypoxischer Schädigungen empfohlen (Tibballs 1995, von Mühlendahl 2007, Flaman et al. 2001, Ludewig und Lohs 1988).

Fazit für die Praxis

Ätherische Öle sind wirksame und beliebte Medikamente einer phytotherapeutisch orientierten Therapie zur Behandlung von Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege. Ihre weite Verbreitung und große Beliebtheit im pädiatrischen Bereich führt gelegentlich bei nicht sachgemäßer Anwendung bzw. akzidentellen Intoxikationen zur Akutvorstellung in den Notaufnahmen. Hierbei wird die akute Toxizität der ätherischen Öle häufig überschätzt. Allgemein anerkannt sollte sich die Therapie auf Überwachung, Flüssigkeitsgabe und symptomorientierte Maßnahmen beschränken. Magenspülung ist nur unter strengem Aspirationsschutz innerhalb eines Zeitfensters < 1 h nach Aufnahme hilfreich.

Danksagung

Der Dank gilt allen Kollegen der Kinderklinik Schwerin, die bei der Behandlung des Patienten mitgewirkt haben, insbesondere Fr. Dr. med. S. Colling, Herrn Dr. med. A. Pusch und Dr. med. J. Schreiber.

Herrn Prof. Dr. med. habil. P. Clemens danke ich für die konstruktive Manuskriptdiskussion.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Dr.rer.nat. Dipl. pharm. Michael Lachmann,
Kinderklinik der HELIOS Kliniken Schwerin,
Wismarsche Straße 393-397, 19049 Schwerin,
Tel.: 0385-5202660, Fax: 0385-5202676,
E-Mail: michael.lachmann@helios-kliniken.de

Red.: Riedel

Ist eine Impfbescheinigung bindend für öffentliche Gemeinschaftseinrichtungen?

CONSILIUM
INFECTORUM

Dr. Christian Jäkel

Frage:

Bei unseren täglichen Kindergarten-Attesten wird selbstverständlich auch der Impfstatus überprüft. Sollte er nicht komplett sein, so weisen wir die Eltern darauf hin, dass ihr Kind nach § 34 IfSG aus der Gemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann. Interessanterweise hat das selbst bei völlig ungeimpften Kindern jedoch von Seiten der Kindergärten keinerlei Konsequenzen.

Wie ist die Rechtslage, wenn ein Kind ein anderes mit z. B. Masern (Impfversager, Impfung mediz. nicht möglich) infiziert? Der Kindergarten hat das ungeimpfte Kind trotz erhöhtem Risiko nicht ausgeschlossen.

Ist eine Impfbescheinigung in irgendeiner Weise für öffentliche Gemeinschaftseinrichtungen bindend?

Antwort:

Der Ausschluss aus einer Gemeinschaftseinrichtung ist gemäß § 34 IfSG nur zulässig, wenn die Kinder an bestimmten Infektionskrankheiten erkrankt oder dessen verdächtig sind. Darüber hinaus ermächtigt § 34 Abs. 9 IfSG die zuständige Behörde, Schutzmaßnahmen gegenüber sogenannten Carriern zu treffen, wenn im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheitserreger besteht. Bei Kindern mit Carrier-Status handelt es sich beispielsweise um symptomfreie, mit Hepatitis oder HIV infizierte Kinder.

Ein Ausschluss wegen fehlender Schutzimpfung ist vom Gesetz nicht vorgesehen. Gemäß § 34 Abs. 10 IfSG sollen Gesundheitsämter und Gemeinschaftseinrichtungen die Eltern lediglich über Schutzimpfungen und über die Prävention übertragbarer Krankheiten aufklären.

Eine Impfpflicht ist im deutschen Recht nicht vorgesehen. Seit im Jahre 1983 das Gesetz über die Pockenschutzimpfung außer Kraft gesetzt worden ist, gibt es in Deutschland keine gesetzlich vorgeschriebenen Schutzimpfungen mehr. § 20 Abs. 6 IfSG ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit allerdings für bedrohte Teile der Bevölkerung eine Impfpflicht per Rechtsverord-

nung einzuführen. Derzeit gibt es derartige Verordnungen jedoch nicht.

Der im Rahmen der Erstaufnahme von Kindern in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule zu erhebende Impfstatus, § 34 Abs. 11 IfSG, dient lediglich epidemiologischen Zwecken. Die Erfassungen sollen zielgerichtete Aufklärungsmaßnahmen über Schutzimpfungen ermöglichen.

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass Impfverweigerer nicht aus Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen werden dürfen. Die Hinweise zum möglichen Ausschluss des Kindes nach § 34 IfSG beziehen sich also lediglich auf den Fall, dass das Kind erkrankt oder wegen Kontakts und aufgrund fehlender Schutzimpfung als ansteckungsverdächtig gilt.

Anders ist die Rechtslage, wenn ein Kind an einer Infektionskrankheit erkrankt ist. Die zuständige Behörde kann in diesem Fall gemäß § 28 Abs. 1 IfSG die erforderlichen Schutzmaßnahmen treffen. Ein nicht geimpftes Kind kann dann trotz fehlender Symptome ein Ansteckungsverdächtiger im Sinne des § 28 Abs. 1 IfSG sein. Dies gilt jedenfalls dann, wenn das Kind Kontakt mit anderen ansteckenden Personen hatte. In diesem Fall kann gegen ein solches Kind ein Schulbesuchsverbot bzw. ein Verbot des Besuchs einer Gemeinschaftseinrichtung verhängt werden. Bei der Bewertung des Ansteckungsrisikos ist die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Kontaktes ausreichend. Hat ein Kontakt mit Erkrankten nicht stattgefunden, ist hingegen der bloße Status als nicht geimpft nicht ausreichend, um ein Kind als ansteckungsverdächtig einzustufen.

Die Impfbescheinigung dient genauso wie der Impfausweis der Dokumentation und dem Nachweis einer Schutzimpfung. Einzelheiten regelt § 22 IfSG.

Dr. Christian Jäkel
Rechtsanwalt und Arzt
Fachanwalt für Medizinrecht
Berliner Str. 37
15907 Lübben

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

Elterliche Ansprache und Sprachentwicklung bei Frühgeborenen

Importance of Parent Talk on the Development of Preterm Vocalisations

Caskey M, Stephens B, Tucker R, Vohr B. *Pediatrics* 128: 910-916, November 2011

Frühgeborene zeigen häufiger Retardierungen in ihrer Sprachentwicklung und erzielen auch deshalb schlechtere Ergebnisse in Entwicklungstests als reifgeborene Kinder. Neben den typischen neonatalen Erkrankungen scheinen hierbei die Dauer der Hospitalisierung sowie verschiedenen Umgebungsvariablen eine Rolle zu spielen. Die Untersuchung von Caskey et al. verfolgt zwei Ziele: Zum einen wird das akustische Umfeld, dem Frühgeborene auf der neonatologischen Intensivstation ausgesetzt sind, mit Hilfe eines digitalen Sprachprozessors LENA (Language Environment Analysis) differenziert. Zum anderen wird die Frage gestellt, ob ein vermehrtes elterliches Sprachangebot bei Kindern ab der 32. Gestationswoche zu vermehrten frühen Vokalisationen führt.

Bei 36 gesunden Frühgeborenen (GA 27±2 Wochen, GG 896±195 g) wurden mit 32 und 36 Wochen über jeweils 16 Stunden Sprachsignale von Erwachsenen sowie Vokalisationen der Kinder selbst und alle weiteren Umgebungsgeräusche aufgezeichnet und ausgewertet. Sprachsignale hatten insgesamt nur einen sehr geringen Anteil an der Geräuschexposition von 2 bez. 5 % der Aufnahmezeit. Die Kinder vokalisiert mit 32 Wochen 7±6 Mal, mit 36 Wochen 12±10 Mal pro Stunde, dieses vermehrt zu den Fütterzeiten im Kontakt mit Erwachsenen und zunehmend häufiger im Sinne eines „conversational turns“ (kindliche Antwort auf Sprachsignal innerhalb von 5 Sekunden). Besonders zum ersten Messzeitpunkt vokalisiert die Kinder um 129% häufiger, wenn ein Elternteil statt einer Pflegekraft anwesend war. Zu beiden Zeitpunkten erbrachten die Kinder umso häufiger reziproke Vokalisationen im Sinne eines Lautdialogs, je mehr Sprachexposition sie zuvor erlebt hatten. Nach Kontrolle soziodemographischer Daten und solcher zum neonatalen Risiko am 1. und 3. Lebenstag ergaben sich keine wesentlichen Gruppenunterschiede.

Die Autoren verweisen darauf, mit dieser Studie erstmals Vokalisationen bei Frühgeborenen bereits 8 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin belegt und zudem nachgewiesen zu haben, dass sich solche in Abhängigkeit insbesondere vom elterlichen Sprachangebot in der Intensivpflegezeit entwickeln.

Kommentar

Die Sprachentwicklung hat bereits intrauterine Wurzeln. Es gilt als gesichert, dass das auditive System beim Fetus ab der 23.–25. Gestationswoche soweit ausgereift ist, dass akustische Reize zuverlässig zu physiologische Reaktionen führen. Die Prosodie der Muttersprache wird ab der 35. Gestationswoche erlernt und postnatal erinnert, wobei der mütterlichen Stimme eine prominente Bedeutung im vorgeburtlichen Lernprozess zukommt. Für reifgeborene Säuglinge fand sich, dass die Anzahl der Wörter/Stunde, die die Eltern vom 2.–36. Lebensmonat an ihre Kinder richteten, stärker prädiktiv für Sprachentwicklung und IQ mit 3 Jahren waren als z.B. das elterliche Bildungsniveau und der Sozialstatus.

Sehr kleine Frühgeborene werden in einer Entwicklungsphase, in der sie intrauterin vielfältigen sensorischen Erfahrungen ausgesetzt wären, in relativ reizarmen Inkubatoren gepflegt. Ob die akustische Deprivation insbesondere gegenüber der Muttersprache zu den häufigen Schwächen im phonologischen Kurzzeitgedächtnis und den Sprachentwicklungsstörungen betroffener Kinder beiträgt, ist noch ungeklärt. Ebenso unklar ist, welche Geräuschumgebung in welchem Reifestadium der Entwicklung wirklich förderlich ist. Die Ergebnisse der referierten kleinen Studie legen jedoch nahe, dass Frühgeborene nicht nur vom Körperkontakt, sondern auch vom vokalen Austausch mit ihren Eltern profitieren könnten und sich darin bereits ab der 32. Gestationswoche aktiv beteiligen.

(Carola Bindt, Hamburg)

Neurodermitis im Säuglingsalter und psychologische Entwicklung

Infant-Onset Eczema in Relation to Mental Health Problems at Age 10 Years: Results from a Prospective Birth Cohort Study (German Infant Nutrition Intervention plus).

Schmitt J, Apfelbacher C, Chen CM et al. *J Allergy Clin Immunol* 125: 404-410, Februar 2010

Chronisch-entzündliche Hauterkrankungen führen bei Kindern zu einer erheblichen Einschränkung ihrer Lebensqualität. Mit standardisierten psychometrischen Erfassungsmethoden wie dem „Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)“ lassen sich Aspekte der Lebensqualität betroffener Patienten objektivieren und vergleichen. Beattie und Lewis-Jones zeigten bereits vor einigen Jahren, dass die Lebensqualität von Kindern mit schwerem Atopischem Ekzem in einem Ausmaß beeinflusst wird, das dem anderer Kinder mit schweren chronischen Erkrankungen

wie Zystischer Fibrose oder chronischen Nierenerkrankungen vergleichbar ist (Brit J Dermatol 2006; 155: 145-151). In der vorliegenden Arbeit wurde der Frage nach psychopathologischen Auffälligkeiten bei Kindern im Alter von 10 Jahren nachgegangen, die aktuell oder nur in den ersten Lebensjahren unter einem Atopischen Ekzem (AE) leiden oder litten.

Methoden:

Geburtskohortenstudie (German Infant Nutrition Intervention plus/GINI-plus) der Jahrgänge 1995–1998 (initial rekrutiert: 5991 Neugeborene, Interventionsgruppe=2252). Nachuntersuchung nach 10 Jahren mit dem „Strength and Difficulties Questionnaire“ (SDQ), eines Screening-Instrumentes zur Erfassung von Stärken und Schwächen im Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-16 Jahren (Kriterien: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsdefizit, Probleme im Umgang mit anderen Kindern).

Ergebnisse:

Die Datensätze von 2916 Kindern konnten ausgewertet werden. Bei 17% (496) bestand ein AE in der Säuglingszeit, bei 10% (292) war das AE später aufgetreten, bei 73% bestand niemals ein AE (Kontrollgruppe). Zwischen AE- und Kontrollgruppe bestanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Schulbildung der Eltern, des Anteils getrennt erziehender Eltern oder des Anteils gestillter Kinder. Asthma und Heuschnupfen waren naturgemäß häufiger bei Kindern mit AE als bei denen ohne ($p < 0.001$). Das Risiko der frühkindlich manifesten Ekzemgruppe für emotionale Probleme ($p < 0.001$) und Verhaltensauffälligkeiten ($p < 0.03$) war im Vergleich zur ekzemfreien Kontrollgruppe signifikant erhöht; es fand sich ein Trend zu einer erhöhten Prävalenz von ADHS, der allerdings nicht signifikant war ($p = 0.12$). Nach Berechnung der logistischen Regression und Adjustierung soziodemographischer Faktoren und Komorbiditäten (Asthma, Heuschnupfen) zeigte sich ein erhöhtes Risiko (odds ratio, OR) für die Assoziation von Ekzem mit psychopathologischen Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtscore) von 1.49 (Konfidenzintervall/CI: 1.13-1.96), mit emotionalen Symptomen von 1.62 (CI 1.25-2.09). Dieses erhöhte Risiko betraf bereits Kinder, bei denen das Ekzem auf die beiden ersten Lebensjahre beschränkt war. Es nahm proportional zur Dauer der Ekzempersistenz zu.

Schlussfolgerung: Kinder mit AE in den ersten beiden Lebensjahren weisen ein erhöhtes Risiko auf für mentale Gesundheitsprobleme im Alter von 10 Jahren, selbst wenn das AE nach 2 Jahren verschwunden war.

Kommentar

Diese Studie ist die erste prospektive Langzeitstudie, die einen gravierenden Effekt des frühkindlichen Ekzems auf die psychologische Entwicklung von Kindern zeigt. Die Tatsache, dass noch bei 10jährigen, die im Säuglingsalter an einem AE gelitten hatten, Unterschiede in der emotionalen Entwicklung und im Verhalten nachweisbar sind, ist ein gewichtiges Argument für die frühzeitige und konsequente therapeutische Intervention bei Kindern mit Atopischem Ekzem. Das Atopische Ekzem ist, basierend auf den neuen Erkenntnissen zur Pathogenese der Erkrankung, gezielt, wirksam und kindgerecht verträglich zu behandeln. Jeder zeitliche Verzögerung, der etwa durch „alternativmedizinische“ Heilversuche entsteht, hinterlässt beim Kind seelische Narben, die noch potentiell das gesamte weitere Leben der Kinder bestimmen.

(Peter Höger, Hamburg)

Stuhlkartenscreening zur Diagnose einer Gallengangatresie

Effects of the Infant Stool Color Card Screening Program on 5-year Outcome of Biliary Atresia in Taiwan

Lien TH et al. *Hepatology* 53:202-208, Januar 2011

Stool Color Card Screening for Biliary Atresia

Tseng JJ, Lai MS, Lin MC, Fu YC. *Pediatrics* 128: e1209-1215, November 2011

Die Diagnose einer Gallengangatresie ist zeitkritisch, vor allem der Operationszeitpunkt hat bezüglich der Langzeitprognose wesentliche Bedeutung. Es wird daher immer wieder auf die Bedeutung der Bewertung eines Ikterus prolongatus hingewiesen. Vor allem soll rechtzeitig das direkte Bilirubin bestimmt werden. In einigen Ländern wurde die Stuhlvisite seitens der Eltern mit Hilfe einer Stuhlfarbenkarte unterstützt. 2002 wurde in Taiwan ein entsprechendes Screeningprogramm gestartet. In einer interessanten Publikation (Lien et al., *Hepatology* 2011) wurden die 5-Jahresdaten vorgestellt. Es wurden eine Kohorte A (89 Kinder) vor Einführung des Stuhlkartenscreeningprogramms mit einer zweiten Kohorte B (74 Patienten) nach Einführung des Screeningprogrammes verglichen. Der Prozentsatz an Patienten, die der Kasai-Operation in einem Alter von unter 60 Tagen zugeführt wurden, waren in der ersten Gruppe 49,4% und in der zweiten 65,7% ($p = 0,02$). Die 5-Jahres-cholestasefreie Überlebensrate ohne Lebertransplantation war 27,3% in der ersten und 64,3% in der zweiten Gruppe ($p < 0,001$). Auch die Gesamtüberlebensrate nach 5 Jahren lag mit 55,7% in der ersten Gruppe signifikant niedriger als mit 89,3% in der zweiten Gruppe. Die Autoren folgern aus ihren Daten, dass es sinnvoll sei, ein Stuhlfarbenkartenscreening zur frühen Diagnose einer Gallengangatresie einzuführen, da nicht nur die Transplantationsrate gesenkt, sondern auch die Überlebensrate gesteigert werden kann.

Bemerkenswert ist, dass in der aktuellen Publikation von Tseng et al. (*Pediatrics* 2011) divergierende Ergebnisse aus dem gleichen Präventionsprogramm resultieren. Die Daten wurden retrospektiv erhoben. Es wurde der Zeitraum zwischen 1996 und 2008 evaluiert. Insgesamt betrug die Inzidenz der Gallengangatresie 1,48 auf 10000 Lebendgeborene.

In den Vereinigten Staaten von Amerika liegt die Inzidenz bei 0,73 pro 10000 Lebendgeborene, in Kanada sogar noch niedriger mit 0,53 pro 10000 wie in Frankreich und in Schweden bei 0,7 pro 10000 Lebendgeborene. In Deutschland rechnet man mit gut 50 Fällen pro Jahr.

Die Autoren konnten keinen Unterschied im Altersmedian bei der Erstzuweisung der Patienten vor und nach Implementierung des Screeningprogramms finden (47 vs. 43 Tage). Das Durchschnittsalter bei Zuweisung ging von 51 auf 48 Tage zurück und der Anteil der Kasai-Operation innerhalb eines Alters von 60 Tagen lag bei 69% vor und bei 73,6% nach Beginn des Screeningprogramms. Interessant war allerdings, dass der Anteil der sehr spät-

diagnostizierten Fälle von 9,5% auf 4,9% zurückging. Die Autoren folgern, dass das Screeningprogramm in Gegenden mit einer relativ hohen Inzidenz Vorteile haben kann, konstatieren aber, dass keine signifikante Verbesserung offensichtlich war.

Kommentar

Es ist interessant, wie unterschiedlich Ergebnisse aus einer ähnlichen Kohorte sein können. Offensichtlich ist es ein Unterschied, ob eine prospektive Studie durchgeführt wurde, oder ob die Alltagsrealität abgebildet wird. Die Autoren versuchen ihre nicht sig-

nifikanten Ergebnisse damit zu erklären, dass die Kontrollgruppe besser mit den Studienpatienten übereingestimmt habe. Nun sind Europa und die westlichen Industrieländer ganz offensichtlich Länder mit relativ niedriger Prävalenz dieser sowieso seltenen Erkrankung. Die Daten sind nicht so überzeugend, dass man ein Stuhlkartenscreeningprogramm, welches auch mit erheblichen Kosten verbunden ist, ohne weiteres empfehlen kann. Unverändert sollte man hierzulande sehr frühzeitig die direkte Bilirubinbestimmung bei anhaltendem Ikterus durchführen.

(Stefan Wirth, Wuppertal)

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Frau Gabriele Geße, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: gabriele.gesse@uminfo.de

Welche Diagnose wird gestellt?

Kerstin Lau

Anamnese

Ein 11-jähriger Junge wird wegen fortschreitenden Haarausfalls vorgestellt. Dieser trat erstmals vor 5–6 Jahren mit schuppenden Kopfhautläsionen auf, die seit Jahren mit abschuppenden Salben und Kortisoncremes behandelt wurden. Diese brachten vorübergehend Besserung. Mehrfach durchgeführte mykologische Untersuchungen der Kopfhaut und Haare waren negativ. Innerhalb des letzten Jahres kam es zu einer stark progredienten Verschlechterung des Befundes. In der Familie besteht beim Vater eine Psoriasis vulgaris und bei der Mutter und Schwester eine chronische Polyarthrit.

Untersuchungsbefund

11 Jahre alter Junge im guten Allgemein- und Ernährungszustand. Insgesamt lange, dichte Terminalhaare. Frontal handtellergroßes, kahles Areal. Parital rechts und Scheitelregion zwei weitere eurogroße kahle Areale. Kopfhaut im Randbereich gelblich schuppig, frontal leichte, blassrote, teigige Schwellung. Verstrichene Haarfollikel. Bei Berührung druckschmerzhaft. Sonographie der Kopfhaut: unauffällig.



Abb. 1: Narbige Alopezie mit verstrichenen Follikelostien

Welche Diagnose wird gestellt?

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.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinder- und Jugendkrankenhaus 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-ham-

burg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt“: Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@kjh-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 Tagungsberichte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 12.600

lt. IVW III/2011

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



IA-MED

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: Max Schmidt-Römhild KG, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com –

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 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 45 vom 1. Oktober 2011

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

© 2012. 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.

Diagnose: Folliculitis decalvans

Die histologische Untersuchung einer Stanzbiopsie der Kopfhaut sicherte die Diagnose einer Folliculitis decalvans. Da zum Zeitpunkt der Vorstellung keine Pusteln vorhanden waren, war eine bakteriologische Untersuchung nicht sinnvoll. Die Folliculitis decalvans ist eine neutrophile, primäre vernarbende Alopezie, die chronisch verläuft (1). Die Ursache der Erkrankung ist unklar. Staphylococcus aureus wird häufig isoliert und spielt möglicherweise eine Rolle in der Pathogenese der Erkrankung, und zwar entweder durch die Produktion von Superantigenen (Staphylokokken-Exotoxine) oder über eine kutane Hypersensitivitätsreaktion auf Staphylokokkenantigene im Rahmen einer genetischen Prädisposition (2).

Charakteristischerweise treten folliculäre Papeln und später auch Pusteln auf. Die Effloreszenzen schreiten nach peripher hin fort und hinterlassen zentral eine Narbe, die mit irreversiblen Haarverlust einhergeht. Hämorrhagische Krusten, Erosionen, Juckreiz, Schmerzen und brennende Empfindungen können ebenfalls auftreten. In älteren Läsionen sind die Vernarbungen häufig verdickt und Pusteln fehlen, obwohl die Vernarbung progressiv fortschreitet.

Die Diagnostik besteht neben der Anamnese und Klinik in der Isolation von Staph. aureus aus intakten Pusteln. Es sollte zusätzlich ein Nasenabstrich durchgeführt werden, um eine S. aureus-Persistenz zu ermitteln. Auflichtmikroskopisch können fehlende Haarfollikelostien, ein perifollikuläres Erythem sowie Hyperkeratosen erkennbar sein. Zur Diagnosesicherung muss eine Probebiopsie vom Rand des Vernarbungsherdes mit betroffenen Haarfollikeln entnommen werden. Die Histologie zeigt eine Erweiterung des Haarinfundibulums mit einem intra- und perifollikulären neutrophilen Infiltrat. In älteren Läsionen besteht die Entzündungsreaktion aus Neutrophilen, Lymphozyten und Plasmazellen und es findet sich eine Fibrosierung, gelegentlich sind histologisch kleine Abszesse erkennbar.

Differenzialdiagnostisch kommt in unserem Fall eine *Folliculitis abscedens et suffodiens* in Betracht. Diese tritt im Gegensatz zur Folliculitis decalvans häufiger bei Kindern auf. Allerdings ist die Entzündungsreaktion und Abszessbildung stärker ausgeprägt. Weitere Ursachen für vernarbende Alopezien sind der Lichen ruber planopilaris und der chronisch diskoide Lupus erythematoses. Die *Keratosis follicularis spinulosa decalvans (KFSD)* ist eine Erkrankung, die durch keratinisierende, folliculäre Papeln am Körper, vernarbende Alopezie und Photophobie charakterisiert ist.

Die Folliculitis decalvans tritt meist im jungen und mittleren Erwachsenenalter auf. Der Beginn der Hautveränderungen erfolgte in diesem Fall schon früh mit 5–6 Jahren. Allerdings handelte es sich hier um schuppige Hautveränderungen mit einem Plaque an der Brust, die lange als Psoriasis behandelt wurde. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Folliculitis erst im späteren Verlauf entwickelt hat, zumal von einer starken Progression erst im letzten Jahr berichtet wurde.

Die Therapie ist ausgesprochen schwierig. Ziel ist die Eliminierung des Bakteriums durch eine systemische antibiotische Therapie (3, 4). Hierfür kommt Minocyclin, Doxycyclin, Rifampicin und Clindamycin sowie Cephalexin in Betracht. Bei Erwachsenen wird eine Kombinationstherapie aus Rifampicin und Clindamycin empfohlen. Lokal sollte antiseptisch oder mit topischen Steroiden behandelt werden. Bei einem Schub kann kurzfristig auch intern Isotretinoin (zur Behandlung der Hyperkeratosen), Zink oder Dapson (zur Behandlung des chronischen Entzündungsinfiltrates) eingesetzt werden (3,5). Der Verlauf ist meist chronisch, nach dem Absetzen der Antibiotika treten oft Rezidive auf.

In unserem Fall wurde lokal über 5 Monate intermittierend mit topischen Steroiden behandelt in Kombination mit Doxycyclin (50 mg/Tag über 3 Wochen). Während die alleinige Behandlung mit topischen Steroiden keinen Effekt brachte, bewirkte die Kombination einen Stillstand der Erkrankung. Es wird nun prophylaktisch antiseptisch behandelt.

Literaturangaben

1. Olsen EA et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 103-110.
2. Otberg N et al. Folliculitis decalvans. *Dermatologic Therapy*. 2008; 21: 238-244.
3. Ross EK, Shapiro J. Primary cicatricial Alopecia. In: *Hair and Growth disorders*. Blume-Peytavi, Tosti, Whiting and Trueb (Hrsg.). Heidelberg: Springer. 2008; 189-220.
4. Sillani C et al. Effective treatment of folliculitis decalvans using selected antimicrobial agents. *Int J Trichology*. 2010; 2:20-3.
5. Brocard A, Dréno B. Innate immunity: a crucial target for zinc in the treatment of inflammatory dermatosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25:1146-52.

Priv. Doz. Dr. med. Kerstin Lau
Abt. Pädiatrische Dermatologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Wem gehört der Impfstoff?

Eigentum am Sprechstundenbedarf – insbesondere Impfstoffe

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen haben Vereinbarungen über die ärztliche Verordnung von Impfstoffen zur Durchführung von Schutzimpfungen geschlossen. Darin ist festgelegt, dass die Impfstoffe von den einzelnen Ärzten als Sprechstundenbedarf bezogen werden. Die Ärzte stellen ein entsprechendes Formular regelmäßig einmal im Quartal aus und erhalten dafür den Impfstoff, den sie aufzubewahren haben. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Apotheke und der Krankenkasse. Fraglich ist, wer verantwortlich ist, wenn der Impfstoff in der Obhut des Arztes verdirbt (z.B. durch eine Fehlfunktion des Kühlschranks) und welche Folgen sich daran knüpfen können.

Zur Rechtslage

1. Nach den Impfstoffvereinbarungen werden die Impfstoffe wie anderer Sprechstundenbedarf auch direkt bezogen. Sie sind vom Arzt nur für gesetzlich krankenversicherte Patienten zu verwenden. Ein übermäßiger Verbrauch von Impfstoffen kann im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung überprüft werden und Gegenstand von Regressen sein.
2. Es spricht viel dafür, dass der Impfstoff nicht aus dem Eigentum des pharmazeutischen Unternehmens in das Eigentum des Arztes übergeht. Denn der Impfstoff wird von den Krankenkassen direkt bezahlt und darf nur für bestimmte Patienten verwendet werden; der Arzt ist nicht frei Verfügungsberechtigt. Tatsächlich erfüllt der Arzt mit der Gabe des Impfstoffs (nur) den Sachleistungsanspruch (§ 2 Abs. 2 S. 1 SGB V) des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse.
Zu anderen Medikamenten hat der **BGH** (Beschl. v. 25.11.2003 – 4 StR 239/03, NJW 2004, 454 [455]) festgestellt, dass der Vertragsarzt das Angebot zum Abschluss eines Kaufvertrages mit Wirkung für und gegen die Krankenkasse abgibt. Dieses Angebot nimmt der Apotheker mit Aushändigung des Arzneimittels an den Versicherten an. Der Kaufvertrag kommt also zwischen der Krankenkasse und dem Apotheker zustande; der Vertragsarzt agiert als Vertreter der Krankenkasse. Für Kontrastmittel hat das **OLG Hamm** das Gleiche entschieden (Urt. v. 22.12.2004 – 3 Ss 431/04, MedR 2005, 236 [236 f.]).
3. Den Arzt trifft eine Aufbewahrungspflicht. Da nach den üblichen Impfstoffvereinbarungen eine Depotlagerung in der Apotheke nicht zulässig ist, sind die Impfstoffe für den entsprechenden Zeitraum beim Arzt zu lagern. Dieser hat dafür zu sorgen, dass eine fachgerechte Lagerung erfolgt, durch die ein vorzeitiges Verderben der Impfstoffe ausgeschlossen ist.
4. Zwar erhält der Vertragsarzt für die Verwahrung (vgl. § 688 BGB) keine gesonderte Vergütung. Dies würde

eigentlich bedeuten, dass es sich um eine unentgeltliche Verwahrung handelt, bei der der Arzt nur für eine Verletzung der „eigenüblichen“ Sorgfalt haftet, d.h. in der Regel nicht bei leichter Fahrlässigkeit. Man wird aber davon ausgehen müssen, dass die Vergütung in den Grundpauschalen für die Impfung eingeschlossen ist. Zudem ergibt sich aus den besonderen Pflichten des Vertragsarztes, dass dieser als „Treuhänder“ der Krankenkassen dafür zu sorgen hat (vgl. die zitierte Rechtsprechung), dass die verwahrten Impfstoffe nicht geschädigt werden: Er ist in Folge des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 106 SGB V) dazu verpflichtet, mit den Ressourcen der Krankenkassen sparsam umzugehen; dies umfasst auch die sorgfältige Aufbewahrung der ihm zur Verfügung gestellten Impfstoffe. Daher wäre es systemwidrig, wenn sich der Arzt auf die eigenübliche Sorgfalt gemäß § 690 BGB berufen könnte.

Der Arzt haftet damit gemäß § 280 BGB für eine Beschädigung oder Vernichtung der Impfstoffe; die Haftung ist nur ausgeschlossen, wenn er die Beschädigung nicht zu vertreten hat. Da der Arzt hierfür die Beweislast trägt und die Hürde des Nichtvertretens hoch liegt, wird kaum ein Fall denkbar sein, in dem der Arzt für den Verderb der Impfstoffe nicht verantwortlich ist. Ein solcher Fall dürfte höchstens dann vorliegen, wenn höhere Gewalt oder Umstände außerhalb der Kontrolle des Arztes gegeben sind, z.B. ein Brand oder ein länger dauernder Stromausfall.

5. Beispielhaft wird oft gefragt, ob der Arzt auch dann haftet, wenn die Putzfrau den Kühlschrank während des Saugens ausstößelt und nachher das Einstöpseln wieder vergisst. Hier lässt sich das Verschulden des Arztes schon daraus begründen, dass keine ausreichenden anderweitigen elektrischen Anschlussmöglichkeiten geschaffen wurden; so hätte im Regelfall schon ein handelsüblicher Doppelstecker gereicht, um dieses Problem zu vermeiden. Zudem ist zu be-



Dr. Andreas
Meschke

Dr. Kyrill Makoski

denken, dass der Arzt auch das Verschulden seines Personals gemäß §§ 276, 278 BGB mitzuvertreten hat. Gegebenenfalls kann der Arzt aber Rückgriff bei der Putzfrau nehmen.

Daneben kann der Arzt auch im Rahmen eines Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens (§ 106 Abs. 1, 5a SGB V) zum Regress herangezogen werden, weil er die Impfstoffe nicht sorgfältig aufbewahrt hat und deswegen eine „unwirtschaftliche“ Verordnungsweise vorliegt – wenn er mehr Impfstoffe als andere vergleichbare Ärzte verordnet hat. Hier ist vieles Einzelfallfrage.

6. Der Arzt sollte das besondere Risiko der Aufbewahrung von Medikamenten und Impfstoffen in seiner Praxis der Betriebshaftpflichtversicherung anzeigen und um Bestätigung des generellen Deckungsschutzes bitten; ggf. ist die Versicherungssumme anzupassen. Die Assekuranz AG, der Versicherungspartner des BVKJ, bietet im Rahmen ihrer Praxisinhaltsversicherung einen automatischen Schutz gegen Medikamenten- und Impfstoffverderb bis 10.000 € an, gegen Zahlung einer Zusatzprämie von 20 € im Jahr kann dieser Schutz auf 30.000 € erhöht werden. Sie finden

das diesbezügliche Angebot der Assekuranz AG im Päd-Servicebereich in PädInform. Die Berufshaftpflichtversicherung wird regelmäßig nicht eingreifen, da es nicht um die Verletzung von Berufspflichten aus dem Behandlungsvertrag geht.

Angesichts des teilweise erheblichen Werts der verwahrten Impfstoffe (der den Ärzten mangels Kostentransparenz oft kaum bekannt ist), sollte auf jeden Fall der Versicherungsschutz überprüft werden.

Ergebnis:

Die Impfstoffe stehen im Eigentum der Krankenkasse. Der Vertragsarzt ist zur sicheren Aufbewahrung verpflichtet. Wenn die Impfstoffe durch ein ihm zuzurechnendes vorsätzliches oder fahrlässiges – auch einfach fahrlässiges – Handeln verderben, muss er der Krankenkasse für den Schaden haften.

Dr. iur. Andreas Meschke
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. iur. Kyrill Makoski, LL.M.
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht
Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht, Düsseldorf

Die Autoren arbeiten als Justitiare des BVKJ

Red.: ReH

Impfungen – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Stellungnahme des BVKJ zur aktuellen Situation

Impfen ist die nachweislich effektivste medizinische Präventionsmaßnahme überhaupt. Konsequente Umsetzung des von der STIKO und dem G-BA empfohlenen Impfkalenders für alle Bürgerinnen und Bürger der Bundesrepublik Deutschland trägt wesentlich zu einer Kostenersparnis im Gesundheitswesen durch Vermeidung von ambulanten und stationären Behandlungen bei und sichert die Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung.

Volkswirtschaftlich haben Impfungen einen hohen bewiesenen Effekt. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland nur einen mittleren Rang beim Schutz der Bevölkerung vor impfpräventablen Erkrankungen ein. Der ganz überwiegende Teil der Impfungen wird heute im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte der Krankenkassen vorgenommen. Dabei erbringen wiederum die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte den überwiegenden Teil der Impfungen und legen durch die zeitgerechte Durchführung der Grundimmunisierungen die Basis für den Schutz der Bevölkerung vor impfpräventablen Erkrankungen.

Zunehmend sehen sich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte Regressforderungen seitens der Krankenkassen ausgesetzt, wenn sie versuchen, die nahtlose Versorgung ihrer Patienten mit Impfstoffen sicher zu stellen.

Deshalb fordert der BVKJ:

- Ein nationales Impfkonzept unter Einbezug aller Aspekte des Impfens.
- Förderung der Durchführung der von der STIKO empfohlenen und vom G-BA in die Regelversorgung aufgenommenen Impfungen auf allen Ebenen, durch Politik, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Insbesondere die Schaffung klarer Rahmenbedingungen für das Impfen durch:
 - Herausnahme der Impfstoffbeschaffung aus der üblichen Sprechstundenbedarfsregelung und der damit verbundenen Wirtschaftlichkeitsprüfung.
 - Übernahme der Verantwortung für Impfstoffkosten durch die Krankenkassen, wie bei den Arzneimitteln, durch Rabattverträge und Festbetragsregelungen.
 - Übernahme des Lagerungsrisikos für Impfstoffe durch Schaffung von Einkaufs-, Transport- und Lagerungsstrukturen für Impfstoffe, die einen raschen Zugriff auf variable Kontingente von Impfstoffen ermöglichen, ohne ein individuelles Einkaufs- und Lagerungsrisiko für die Arztpraxis mit sich zu bringen, auch für saisonale Impfstoffe (Grippe).
 - Rechtzeitige Festlegung von klaren und verbindlichen Regelungen für den Einsatz saisonaler Impfstoffe (Grippe) mit Berücksichtigung schonender Applikationsformen für Kinder.
 - Unkomplizierte Übergangsregelungen bei der Übernahme von Impfstoffbeständen bei Wechsel der Besitzverhältnisse einer Arztpraxis.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ
Dehtleff Banthien, Vorsitzender des Länderrates
des BVKJ Red.: ge



Kinderverhaltenstherapie

Grundlagen und Anwendungen

Hrsg. von **Franz Petermann**

4. vollständig veränderte Aufl., 2011.

400 Seiten. 17 × 24 cm, Zweifarbig. Kt.

ISBN 9783834009500. € 29,80

Neuaufgabe!

Die Kinderverhaltenstherapie basiert auf Befunden der Klinischen Kinderpsychologie. Dieses Buch systematisiert die Grundlagen der Kinderverhaltenstherapie und führt in die wichtigsten Arbeitsfelder dieser Disziplin ein. Es werden Themen aus der Frühförderung, der Kinderheilkunde, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinderneuropsychologie behandelt.

Besonders gewinnbringend ist die Zusammenstellung wichtiger Präventions- und Therapieprogramme, die auf den Prinzipien der Kinderverhaltenstherapie beruhen. Diese Übersicht unterstreicht die Bedeutung dieser Neuaufgabe als Praxishandbuch.

Aus dem Inhalt:

Lernpsychologische Grundlagen

Verhaltensanalyse und Therapieplanung

Kinderverhaltenstherapie: Methoden / Anwendungsgebiete

Verhaltenstherapeutische Frühförderung

Verhaltenstherapie in der Frühförderung

Verhaltenstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Verhaltenstherapie in der Kinderheilkunde

Verhaltenstherapie in der Kinderneuropsychologie

Manualisierte Therapieprogramme

– Programme des Bremer Präventionsforums – Stressbewältigungstrainings – Gruppenprogramm „Stimmungsprobleme bewältigen“ – Training mit

aufmerksamkeitsgestörten Kindern – Training mit aggressiven Kindern – Training mit sozial unsicheren Kindern – Familienorientierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention



Schneider Verlag Hohengehren

Wilhelmstr. 13

D-73666 Baltmannsweiler

www.paedagogik.de

Die Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen – einst und jetzt – und ihre Bewährung anlässlich des EHEC-Ausbruch 2011 in (Nord-)Deutschland



Prof. Dr. med.
Helmut Helwig

Von 1952–1994 war das **Bundesgesundheitsamt (BGA) in Berlin** als zentrale Bundesbehörde zuständig für Erfassung, Analyse und Präventionsmaßnahmen bei länderübergreifenden Infektionsrisiken nach dem „Bundesseuchengesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“. Das Gesetz schrieb vor, welche Infektionen meldepflichtig waren. Die Meldepflicht sah vor, dass gegebenenfalls Verdacht, Erkrankung und/oder Tod an die lokalen Gesundheitsämter unverzüglich zu melden sind. Die staatlichen, bzw. städtischen Gesundheitsämter waren verpflichtet, die Meldungen nach Überprüfung unmittelbar an das BGA weiterzuleiten.

Das BGA war im Zuständigkeitsbereich des Bundes mit umfassenden Aufgaben in Forschung und Verwaltung für das Gesundheitswesen befaßt. Arbeitsfelder des Bundesgesundheitsamtes waren die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die Umwelthygiene, der gesundheitliche Verbraucherschutz sowie Epidemiologie, Veterinärmedizin und Arzneimittelsicherheit, die zu einem übergreifenden Verbund zusammengefaßt waren.

Als Folge des Skandals mit HIV-infizierten Blutprodukten hat der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer im Oktober 1993 den Präsidenten des BGA entlassen und das Amt am 24. Juni 1994 aufgelöst. Seehofers Ziel war es, die vertikale Hierarchie des BGA zu beseitigen und die einzelnen Institute direkt dem Minister zu unterstellen (*Zeit-Interview* v. 12. Nov. 1993¹). Er versprach sich davon, eine Direktinformation ohne institutsbedingte Verzögerungen, sowie eine Verkürzung der Informationswege, eine Stärkung der unmittelbaren Verantwortlichkeiten und den Abbau von Bürokratie durch überschaubare Arbeitseinheiten. Diese Ziele sollten mit dem Gesetz über die Neuord-

nung zentraler Einrichtungen des Gesundheitswesens (Gesundheits-einrichtungen-Neuordnungs-Gesetz – GNG) erreicht werden. Die Neuregelungen traten am 1.7.1994 in Kraft.

Mit dem GNG ist das Bundesgesundheitsamt in vier voneinander unabhängige Bereiche überführt worden²:

Aus dem Institut für Arzneimittel wurde

- das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (**BfArM**).

Aus dem Robert-Koch-Institut und dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie wurde das

- Robert-Koch-Institut (**RKI**)³, Berlin: Zentrale Einrichtung der Bundesregierung zur Krankheitsüberwachung und -Prävention, im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und zentrale Überwachungs- und Forschungseinrichtung. Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten.

Aus dem Max-von-Pettenkofer-Institut und dem Robert-von-Ostertag-Institut wurde

- das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV). Dieses wurde 2002 aufgelöst und ging zum größeren Teil in das **Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)** und zum kleineren Teil in das **Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)** ein. Der Institutsteil Jena ging in das **Friedrich-Loeffler-Institut, Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit (FLI)** über.
- Das **Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene** wurde dem Umweltbundesamt eingegliedert.

Nach dem **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** von 2001⁴ müssen dem RKI nach § 6 gemeldet werden: Krankheitsverdacht, Erkrankung sowie der Tod an 19 Infektionskrankheiten, u.a. enteropathisches-hämorrhagisch-urämisches Syndrom (HUS). Unabhängig davon besteht nach § 7 eine Labormeldepflicht für den Nachweis von 47 Erregern, u.a. E.coli-Infektionen (enterohämorrhagische Stämme [EHEC]), unabhängig von der Serogruppe, von den diagnostizierenden Ärzten und Labors *innerhalb 24 Stunden an die lokalen und Landesgesundheitsbehörden*. Diese übermitteln die Erkrankungsfälle und Erregernachweise weiter an das Robert-Koch-Institut⁵.

Die örtlichen Gesundheitsbehörden informieren auf elektronischem Weg durch die Landesbehörde auch die Bundesebene.

Bevor jedoch die Meldungen im RKI analysiert werden können, bemühen sich bei Ausbrüchen von öffentlichem Interesse (Epidemien, Pandemien) die lokalen und überregionalen Medien direkt Informationen zu erlangen.

Über eine außergewöhnliche Häufung von **Hämolytisch-urämischem Syndromen (HUS)- durch Enterohämorrhagische E-coli, der Serogruppe O104:H4** zwischen Mai und Juli 2011⁶ haben die Experten direkt im Internet und mit Hilfe der Medien die Öffentlichkeit über Wochen mit immer neuen Fakten und Details zum Ausmaß sowie möglichen Ursachen des Ausbruchs informiert.

Ärzte und Wissenschaftler haben in hervorragender Zusammenarbeit die Krankheitshäufungen durch den EHEC Erreger E. coli O104:H4 rasch diagnostiziert und analysiert. Sie haben ihre vorläufigen Ergebnisse noch während der laufenden Epidemie in internationalen Journalen (*Lancet*⁶ und *NEngJMed*⁷) veröffentlicht. Die Publikationen enthalten

ausführliche klinische, mikrobiologische und epidemiologische Daten regionaler Kollektive, lassen aber nicht erkennen, wie häufig der Ausbruchsstamm bei den bis 12. Juli erfassten 4.258 Ausbruchsfällen nachgewiesen wurde und wo mögliche gemeinsame Ursachen zu suchen sind.

Nach manchen irrigen Vermutungen und Anschuldigungen gilt es heute als weitgehend gesichert, dass infizierter Bockshornklee (aus Ägypten) Ursache der Infektionen waren⁸.

Wie allerdings die EHEC-Erreger in die Samenkultur kamen und warum sie gerade im Frühsommer 2011 so unerwartet zu einem solchen epidemischen Ausbruch führten, wird möglicherweise nie geklärt werden können.

Das RKI⁹ hat bereits am 12. Juli 2011 die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen zum EHEC-Ausbruchsgeschehen ins Internet gestellt.

Inzwischen hat das RKI¹⁰ am 9. September 2011 einen 45-seitigen ausführlichen, detaillierten Abschlussbericht des EHEC-0104:H4 Ausbruchs veröffentlicht.

Dieser Bericht enthält die Analyse und Bewertung sämtlicher erfasster Fakten und Daten dieses ungewöhnlichen Ausbruchs:

Am 19. Mai erhielt das RKI die ersten 3 (pädiatrischen) HUS-Meldungen aus Hamburg.

Ab 20. Mai untersuchte das RKI in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheits- und Lebensmittelbehörden der Länder alle Erkrankungen, die seit dem 1. Mai aufgetreten waren, aber z.T. erst später gemeldet wurden. Der Bericht enthält genaue Angaben über die Daten des Erkrankungsbeginns, der Hospitalisation, der Diagnosestellung, der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt und den Eingang der Meldung beim RKI. 50 Prozent der Fälle wurden innerhalb 2 Tagen, 75 Prozent innerhalb 4 Tagen vom jeweiligen Gesundheitsamt dem RKI gemeldet, d.h., dass 25 Prozent noch später gemeldet wurden.

Aus der Zusammenfassung des RKI¹⁰:



Die Übeltäter:
Bockshornklee-
sprossen

© sil007-Fotolia.com

„Insgesamt wurden (dem RKI) 855 Erkrankungen an HUS und 2.987 Fälle von akuter Gastroenteritis übermittelt, die dem Ausbruch zugerechnet werden (Stand: 16.08.2011). Der Anteil der Frauen überwog sowohl bei den HUS-Fällen (68%) als auch bei den EHEC-Fällen (58%). Bei den Erkrankten handelte es sich überwiegend um Erwachsene. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu den in den Meldedaten beobachteten Erkrankungsfällen an EHEC-Gastroenteritis und HUS der letzten Jahre, als vor allem Kleinkinder betroffen waren.

Unter den HUS-Patienten verstarben 35 (4,1%) und unter den EHEC-Patienten mit Gastroenteritis 18 (0,6%).

Erkrankungsfälle wurden aus allen Bundesländern berichtet, jedoch waren die 5 nördlichsten Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen am stärksten betroffen, mit HUS-Inzidenzen für einzelne Bundesländer bis zu 10 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.“

Die Ereignisse und Informationen der Öffentlichkeit über das Ausbruchsgeschehen im Frühsommer 2011 stellten eine „Feuerprobe“ für das deutsche Gesundheitswesen dar, die das RKI blendend bestanden hat. Inwieweit die Medien und andere In-

stitutionen ebenso exakt und zur rechten Zeit gehandelt haben, ist schwerer zu beurteilen. Der Abschlussbericht des RKI weist ausdrücklich auf Verzögerungen der Informationen hin. Die zeitweilige Verunsicherungen und Fehlinformationen der Bevölkerung über mögliche Ursachen des Ausbruchs sind verständlich, wären aber größtenteils vermeidbar gewesen.

Im Falle einer grenzüberschreitenden Epidemie oder (Influenza-) Pandemie, müsste das RKI als federführende Institution frühzeitig in alle Entscheidungen, eingebunden werden und deutlich weitreichendere Befugnisse erhalten, die gesetzlich festzulegen sind.

Auch die regionalen Notfallpläne müssen in derartigen Krisenfällen länderübergreifend mit dem RKI koordiniert werden.

Die **fachliche** Information und Zusammenarbeit mit den Medien und dem Bundesgesundheitsministerium sollten in diesen Ausnahmefällen rund um die Uhr durch das RKI erfolgen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
Tel. 0761-65013, Fax 0761-6963523
e-mail: hehelwig@web.de

Red.: ge

Die Studie „Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendarztpraxis“

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte haben nicht umsonst den Ruf, das Thema Patientenzufriedenheit besonders wichtig zu nehmen. So hat der bayerische Landesverband des BVKJ in Kooperation mit der Kasernenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) 2011 eine Erhebung zu Service und Patientenzufriedenheit in bayerischen Kinderarztpraxen durchgeführt. Ziel war eine wissenschaftlich fundierte Studie, die die von Patienten empfundenen Stärken und Schwächen in den Praxen aufzeigt.

Idee und Umsetzung

Im Jahr 2010 führte die KVB eine Studie zu nichtmedizinischen Serviceleistungen in Arztpraxen durch, bei der ursprünglich sowohl Hausärzte als auch Kinder- und Jugendärzte einbezogen werden sollten. Schnell zeigte sich, dass der Praxisalltag der Fachgruppen sich zu stark voneinander unterscheidet, um sie gleichzeitig sinnvoll betrachten zu können. Die Studie beschränkte sich deshalb zunächst auf die Gruppe der bayerischen Hausärzte. Auf ausdrücklichen Wunsch des Landesverband Bayern erklärte sich die KVB Anfang 2011 bereit, ein gemeinsames Projekt mit Fokus auf die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte zu starten.

Das Konzept der Studie ist an das Hausarztprojekt angelehnt, geht aber in einigen Teilen darüber hinaus. Neben harten Kriterien wie Ausstattung oder Organisationsabläufen werden auch weiche Kriterien wie die Kommunikation mit Arzt und Praxispersonal und die empfundene Qualität der Praxis bewertet. Das Institut für interdisziplinäres Dienstleistungsmanagement¹ (IDM) der Universität Bayreuth wurde von der KVB mit der Durchführung der Studie beauftragt. Gründe für externe Vergabe der Studie waren zum einen der gewünschte wissenschaftliche Anspruch, zum anderen Erfordernisse an den Datenschutz.

Der bayerische Landesverband des BVKJ war von den ersten konzeptionellen Schritten an eng in das Projekt eingebunden. Zur Konzeption der Fragebögen wurde eine qualitative Vorstudie durchgeführt. Aus diesen Erkenntnissen wurden die Fragen und Skalen für die quantitative Hauptstudie entwickelt. So wurde sicher gestellt, dass die Fragen zu Ausstattung, Prozessen und Arzt-Patienten-Kommunikation dem Praxisalltag gerecht werden. Thematisch umfasst die Studie 13 Bereichen von der Terminvergabe und Warte-

zeit über das Kommunikationsverhalten und die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen bis hin zu Praxisausstattung und Infektionsschutz.

Aus Budgetgründen war die Teilnehmerzahl auf 155 Praxen beschränkt, obwohl gerne noch mehr Kolleginnen und Kollegen teilgenommen hätten. Zum Zeitpunkt des Projektstarts waren 632 Kinder- und Jugendärzte in Bayern niedergelassen, sodass die Befragungsquote bei 24,5 Prozent lag.

Das Engagement der Teilnehmer war während der Hauptphase der Studie – der quantitativen Erhebung unter Ärzten und Patienten – groß. 5.495 auswertbare Patientenfragebögen ergaben eine Rücklaufquote von fast 60 Prozent, bei den Arztfragebögen waren es sogar 90 Prozent.

Ergebnisse

Die erhobenen Daten wurden auf verschiedene Weise ausgewertet. Zunächst wurden die Patienten direkt nach der Zufriedenheit mit den einzelnen Servicebereichen (siehe Tabelle) sowie der Praxis insgesamt befragt. Das Ergebnis dieser Frage ist deutlich: Mit einem Mittelwert (MW) von 4,31 liegt die Gesamtzufriedenheit der Patienten auf einer Skala von 1 (min.) bis 5 (max.) im oberen Ende. Zum Vergleich: Die Zufriedenheit mit Krankenkassen und -versicherungen liegt lediglich bei 3,78.

Eine Faktorenanalyse bestätigt eine Gesamtvarianz von 59,7 Prozent. Das bedeutet, über die Hälfte der von den Patienten empfundenen Zufriedenheit kann mit den 13 erhobenen Servicebereichen erklärt werden. Außerdem wurden Regressionsanalysen verwendet, um herauszufinden, was die größte Rolle für die Patientenzufriedenheit spielt. Denn die direkte Frage nach der Wichtigkeit eines Servicebereichs ist nur bedingt aussagekräftig, weil eine angegebene hohe Wichtigkeit nicht

zwangsläufig einen starken Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit hat (sog. Anspruchsinflation). Der Einsatz eines statistischen Schätzverfahrens zur Berechnung der impliziten Wichtigkeit erlaubt dagegen die Servicebereiche in eine hierarchische Reihenfolge zu bringen.

Mit 22 Prozent ist das Kommunikationsverhalten des Arztes der wichtigste Faktor, gefolgt vom Verhalten der Praxismitarbeiter (14 Prozent). Der menschliche Faktor in der Praxis bedingt also mehr als ein Drittel der Gesamtzufriedenheit. Auf Platz drei folgt ein wichtiges organisatorisches Merkmal: Termine und Wartezeiten beeinflussen die Zufriedenheit mit 10 Prozent. Materielle Einflussgrößen liegen dagegen nur im einstelligen Bereich: 9 Prozent Bedeutung haben die Praxisausstattung und -gegebenheiten.

Auch die Zufriedenheit der Patienten mit diesen einzelnen Merkmalen ist eindrucksvoll. „Sehr zufrieden“ lautet das Urteil für den Umgang des Arztes und der Praxisangestellten (MW 4,20 bzw. 4,37), „zufrieden“ (MW 3,83) sind die Patienten auch mit Terminen und Wartezeiten.

Bedeutung für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen: Am wichtigsten sind die weichen Faktoren, also der Umgang von Arzt und Personal mit Kindern und ihren Begleitpersonen. Das bedeutet, dass es sich lohnen kann, an der eigenen Kommunikation zu arbeiten, und dass zufriedene Mitarbeiter auch zufriedene Patienten bedeuten. Das in letzter Zeit häufig diskutierte Thema Wartezeit verlangt vor allem gut organisierte Prozessabläufe. Da bei Kinder- und Jugendärzten Akutfälle, die zu längeren Wartezeiten führen können, an der Tagesordnung sind, ist auch hier die Kommunikation wichtig. Wenn der Grund für längere Wartezeiten bekannt und die Verzögerung einschätzbar ist, werden sie weniger Unmut bei den Wartenden auslösen.

Detaillierte, aus den Studienergebnissen abgeleitete Empfehlungen wird die KVB in Form eines Servicekompasses für Kinder- und Jugendärzte voraussichtlich Anfang 2012 veröffentlichen. Dabei werden die projektbeteiligten Ärzte ihre Erfahrung einbringen, sodass die Umsetzbarkeit im Praxisalltag gewährleistet ist.

Zusatznutzen des Projekts

Alle Studienteilnehmer haben die Gesamtergebnisse in Form eines über 300 Seiten starken Berichts als Download zur Verfügung gestellt bekommen. Zudem konnten sie, sofern von ihrer Praxis der Arztfragebogen und mindestens 25 Patientenfragebögen vorlagen, eine kostenpflichtige Einzelauswertung durch das IDM bestellen. Zum einen wurde damit jedem Studienteilnehmer die Möglichkeit gegeben, ein dezidiertes und wissenschaftlich fundiertes Bild der eigenen Praxis zu erhalten, zum anderen erfüllt ein Einzelbericht die Anforderung der Patientenbefragung im Rahmen des Praxis-Qualitätsmanagements (QM).

Der in der Studie entwickelte Fragebogen wird verkürzt und als kostenloses QM-Instrument inklusive Auswertungsanleitung Anfang 2012 veröffentlicht. Damit wird ein speziell auf Kinder- und Jugend-

Die Ergebnisse der Studie im Detail:		
Abgefragte Servicebereiche	Bedeutung für Gesamtzufriedenheit	Mittelwerte der Zufriedenheit Skala 1 (min) bis 5 (max.)
1. Informationsverhalten des Arztes	22 %	4,20
2. Verhalten der Mitarbeiter	14 %	4,37
3. Termine und Wartezeit	10 %	3,83
4. Ausstattung der Arztpraxis	9 %	4,03
5. Schutz vor Infektionen	7 %	3,94
6. Informationsmaterial der Arztpraxis	6 %	3,81
7. Zusammenarbeit mit Facharzt oder Krankenhaus	6 %	4,08
8. Erreichbarkeit der Arztpraxis	5 %	4,08
9. Verbesserungsvorschläge & Beschwerden	5 %	3,80
10. Schutz der Privatsphäre	5 %	3,97
11. Erinnerung an Vorsorgemaßnahmen	4 %	3,74
12. Kinderwagenstellplätze & Barrierefreiheit	4 %	3,59
13. Homepage der Arztpraxis	3 %	3,83

ärzte zugeschnittenes QM-Instrument zur Verfügung stehen. In Zukunft ist damit ein flächendeckender Einsatz zur vergleichenden Befragung innerhalb eines Landesverbandes möglich, wobei die Anonymität der teilnehmenden Praxen vorausgesetzt wird.

¹ Namentlich erfolgte die Durchführung durch Prof. Herbert Woratschek, Prof. Klaus Zieschang und Dr. Bastian Popp.

Manuel Friedenberger, KV Bayern, München
 Dr. Martin Lang, Augsburg, Kinder- und Jugendarzt, LV-Vorsitzender Bayern
 E-Mail: martin.lang@uminfo.de Red.:ge



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit



Machen Sie mit!

Praxiserwerber können aufatmen – Steuerliche Abschreibung auf den Praxiswert gesichert!

Die Finanzverwaltung vertrat bisher die Auffassung, dass von dem Kaufpreis einer vertragsärztlich tätigen Arztpraxis in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen ein Teil des Kaufpreises auf den eigenständigen, nicht abschreibbaren „wirtschaftlichen Vorteil aus der Vertragsarztzulassung“ entfallen würde und kürzte folglich anteilig die steuermindernden Abschreibungen auf den ideellen Praxiswert („Goodwill“). Mit Urteil vom 09.08.2011 (Az. VIII R 13/08) hat nun der Bundesfinanzhof (BFH), das höchste deutsche Gericht in Streitigkeiten mit dem Finanzamt, zugunsten der Ärzte entschieden, dass im Regelfall der mit dem Kaufpreis einer vertragsärztlich tätigen Arztpraxis bezahlte ideelle Praxiswert grundsätzlich auch den Vorteil aus der Zulassung als Vertragsarzt mit umfasst und hat steuermindernde Abschreibungen auf den vollen Kaufpreis zugelassen.



Thomas
Ketteler-Eising

Hintergrund

Im Jahre 2004 hatte das niedersächsische Finanzgericht über einen Fall zu entscheiden, bei dem es dem Erwerber ausschließlich um die Erlangung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ging (Az: 13 K 412/01). Die Fortführung der Praxis und die Übernahme des Patientenstammes waren nicht beabsichtigt. In dem Urteil hatte das Finanzgericht entschieden, dass der Kaufpreis für die Praxis an den abgebenden Arzt insgesamt auf den „wirtschaftlichen Vorteil aus der Vertragsarztzulassung“ entfallen würde. Steuerliche Abschreibungen, sogenannte Absetzungen für Abnutzung, auf den Kaufpreis ließ das Finanzgericht nicht zu, weil sich nach seiner Ansicht die Zulassung nicht abnutzt, ohne zeitliche Begrenzung erteilt wird und spätestens mit dem Verkauf der Arztpraxis wieder verwertet werden könne.

Die Finanzverwaltung hat das Urteil aufgegriffen und geht davon aus, dass die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen stets gesondert zu berücksichtigen ist. Entsprechend sei der gesamte Kaufpreis für eine Vertragsarztpraxis aufzuteilen und ein Teilbetrag würde immer auf die Zulassung entfallen. Steuermindernde Abschreibungen auf diesen Teil des Kaufpreises wurden nicht anerkannt. Dies führte für Praxiserwerber zu einer Erhöhung der Steuerbelastung.

Gegen die Auffassung der Finanzverwaltung hat sich nun ein Arzt erfolgreich zur Wehr gesetzt.

Die Entscheidung des BFH

Vereinfacht dargestellt lag der Fall wie folgt: Ein Arzt hatte eine vertragsärztlich tätige Praxis erworben mit der Absicht, diese fortzuführen. Der Gesamtkaufpreis verteilte sich lt. Praxisübernahmevertrag einerseits auf die Einrichtung und andererseits zum größten Teil auf den ideellen Wert der Praxis. Dieser ideelle Praxiswert war anhand des vom Veräußerer in der Praxis erzielten Umsatzes und Gewinns ermittelt worden.

Das zuständige Finanzamt vertrat im Rahmen einer steuerlichen Betriebsprüfung die Auffassung, die Hälfte des Kaufpreises für den ideellen Wert würde auf den „wirtschaftlichen Vorteil aus der Vertragsarztzulassung“ entfallen, kürzte entsprechend die steuermindernden Abschreibungen um die Hälfte und verlangte vom Arzt deutlich höhere Steuern.

Hiergegen klagte der Praxiserwerber und bekam bereits vor dem Finanzgericht Rheinland-Pfalz Recht (Urteil vom 09.04.2008, Az. 2 K 2649/07). Die vom Finanzamt gegen das Urteil beim BFH eingelegte Revision hat der BFH nun ebenfalls zu Gunsten des Arztes entschieden und der Auffassung der Finanzverwaltung eine Absage erteilt. Als Ergebnis wurden auf den gesamten Kaufpreis für die Arztpraxis steuermindernde Abschreibungen anerkannt.

Der Erwerb einer eingeführten Arztpraxis schafft für den Praxiserwerber die Grundlage der freiberuflichen Tätigkeit. Das erworbene Chancenpaket bildet den Praxiswert, der sich aus den verschiedenen im Einzelnen nicht messbaren wertbildenden Einzelbestandteilen zusammensetzt (Patientenstamm, Standort, Umsatz, Facharztgruppe, etc.). Steht die Fortführung der Arztpraxis im Vordergrund und orientiert sich der für eine Arztpraxis mit Vertragsarztsitz zu zahlende Kaufpreis ausschließlich am Verkehrswert, so ist nach Auffassung des BFH in dem damit abgegoltenen Praxiswert der Vorteil aus der Zulassung als Vertragsarzt untrennbar enthalten. Begründet wurde dies mit dem öffentlich-rechtlichen Nachbesetzungsverfahren mit Ausschreibung und der Entscheidung durch den Zulassungsausschuss. Eine gesonderte Bewertung des Vorteils aus der Zulassung kommt im Übrigen auch aus Gründen der Praktikabilität nicht in Betracht, weil ein sachlich begründbarer Aufteilungs- und Bewertungsmaßstab nicht ersichtlich ist.

Ärzte in ähnlichen Situationen können nun unter Berufung auf dieses Urteil gegen die Finanzverwaltung an gehen.

Vorsicht in Sonderfällen

Der BFH hat in seinem Urteil allerdings auch darauf hingewiesen, dass es in Sonderfällen, wie dem aus dem Urteil des niedersächsischen Finanzgerichtes aus 2004, zu einer anderen Beurteilung kommen kann, auch wenn der Vorteil aus der Zulassung als Vertragsarzt grundsätzlich nur ein wertbildender Faktor des ideellen Praxiswertes ist. Dies kann der Fall sein, wenn ein Arzt an einen ausscheidenden Arzt eine Zahlung im Zusammenhang mit der Erlangung der Vertragsarztzulassung leistet, ohne jedoch dessen Praxis zu übernehmen, weil er den Vertragsarztsitz an einen anderen Ort verlegen will. Dann zahlt der Arzt allein für den „wirtschaftlichen Vorteil aus der Vertragsarztzulassung“ und nicht für eine fortzuführende Praxis mit der Folge, dass die Finanzverwaltung in diesen Fällen vermutlich keine Abschreibungen auf den Kaufpreis zulassen wird.

Hinweise für den richtigen Umgang mit der Finanzverwaltung

Ausgehend von dem Urteil des BFH ist es nun Aufgabe des Praxiserwerbers nachzuweisen, dass sich sein Kaufpreis am Verkehrswert (Umsatz/Gewinn) der Praxis orientiert hat und die Fortführung der Praxis im Vordergrund stand. Vor diesem Hintergrund sollte auf die Dokumentation des Praxiserwerbs für das Finanzamt besonderer Wert gelegt werden. Diese kann dann im Fall einer Betriebsprüfung zur Argumentation im Sinne des Urteils des BFH genutzt werden.

Wichtig ist es zu dokumentieren, wie der Praxiswert auf Basis der Ertragskraft (Umsatz/Gewinn) ermittelt wurde. Ferner sollte es möglich sein anzugeben, in wel-

chem Umfang der Patientenstamm in etwa weiterbehandelt wurde, wenn dies nicht bereits offensichtlich ist. Des Weiteren ist auch die Übernahme und weitere Nutzung der Geräte und Einrichtungen sowie die Übernahme des Personals und des Mietvertrages ein weiteres Indiz. Hilfreich ist auch die überleitende Tätigkeit des Praxisübergebers für einen gewissen Zeitraum.

In den Fällen, in denen der Vertragsarztsitz zeitnah zur Praxisübernahme verlegt wird, ist hier besondere Sorgfalt und Vorsicht geboten. Bei einer zeitnahen Sitzverlegung nach dem Praxiserwerb wird das Finanzamt vermutlich zunächst einen „Sonderfall“ unterstellen und Abschreibung versagen wollen. Es sind unseres Erachtens dagegen aber auch Fälle denkbar, in denen die Sitzverlegung betriebswirtschaftlich begründet ist und trotz zeitnaher Sitzverlegung die Fortführung der Praxis, d. h. insbesondere die Übernahme des Patientenstamms, im Sinne des BFH-Urteils im Vordergrund steht. Dies ist nicht ungewöhnlich. Wie z. B. die Ärztezeitung am 23.10.2011 berichtete, hat mit 55,3 Prozent erstmals die Mehrheit der Ärzte, die im Zeitraum 2009 und 2010 eine Existenz gegründet haben, eine Kooperation als Niederlassungsform gewählt. Gibt es derartige Planungen, z. B. die zeitnahe Verlegung der Praxis nach Erwerb in ein Ärztehaus oder der Zusammenschluss als Berufsausübungsgemeinschaft mit einem anderen Kollegen an einem Ort, sollte frühzeitig vor dem Praxiserwerb bei einem möglichst auf Ärzte spezialisierten Steuerberater steuerlicher Rat eingeholt werden.

Thomas Ketteler-Eising
Steuerberater
Laufenberg Michels und Partner, Köln

Red.: ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Niedersachsen

Termingerecht findet vom **11.04.2012** bis **02.05.2012** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **02.05.2012** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

Ich bitte alle Mitglieder im **Landesverband Niedersachsen**, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. Tilman Kaethner, Nordenham
Landesverbandsvorsitzender



Tod und Begräbnis von Kindern

Jedes Jahr erschrecken uns von Neuem die Angaben der Unicef zur Kindersterblichkeit. Wir schauern angesichts der Zahlen aus Afrika und Asien. Doch vom Mittelalter bis weit ins 19. Jahrhundert war die Kindersterblichkeit auch in Europa enorm hoch. Mangelnde Hygiene, schlechte Ernährung und die beschränkten Möglichkeiten der Medizin sorgten dafür, dass viele Kinder das erste Lebensjahr nicht erreichten. Deutlich sank sie erst mit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert.

Doch noch 1870 starben in Deutschland fast 250 von 1.000 Kindern. Wobei bei diesen Angaben berücksichtigt werden muss, dass die statistische Erfassung ungenau ist. So war etwa der Erfassungszeitraum nicht immer mit den ersten fünf Lebensjahren definiert, oder aus religiösen Gründen wurden tot geborene Kinder als nachgeburtliche Sterbefälle deklariert.

Natürlich waren es vor allem die Armen, deren Kinder starben.



Dr. Anton Mößmer

Der stille Tod der Säuglinge

Wie die Eltern den Schmerz um den Tod ihrer Kinder ertrugen und wie sie trauerten, können wir höchstens durch die schriftlichen Zeugnisse dieser Zeiten erahnen. *„Ist einmal vorgekommen, daß ich recht betete, der liebe Gott möchte doch meinen Pepperl wieder lebendig machen und siehe! Am Morgen lag ein lebendiges neben der Mutter, während in der Stubenecke noch das Särgelein für das herzige Büblein stand.“* Die Gläubigkeit jener Epoche macht auch die Redensart der Eltern verständlich: „So ist das Kind wenigstens ein Engerl geworden.“

Es gab wenig Aufhebens um den Tod eines Säuglings. Nicht einmal die katholische Kirche kümmerte sich um den Tod der Säuglinge.

Während es zumindest auf dem Land Jahrhunderte lang üblich war, den Tod eines Erwachsenen anzusagen – „Leichenbitterinnen“ gingen dazu von Haus zu Haus und „sagten ein“ und erhielten als Entgelt eine kleine Gabe meist an Naturalien – und man auf dem Land und in der Stadt gleichermaßen bei den Erwachsenen das „Zügen-Glöcklein“ läutete, vollzog sich das Sterben der Kinder im Stillen. Keine Leichenbitterin, kein Toten-

glöcklein kündete vom Tod des Kindes und vom Leid seiner Eltern.

Immerhin geben die Journale dieser Zeit meist unter den Amtlichen Nachrichten eine Statistik über die Geburten, Heiraten und Todesfälle, in der Regel ohne jeglichen Kommentar, oft auch ohne Familiennamen.

So veröffentlichte das eben ins Leben gerufene Landshuter Wochen- oder Anzeigsblatt 1794 eine wöchentliche Geburts- und Sterbeliste in stereotypem Stil und ohne jeglichen Kommentar:

In der churfürstl. Kollegiatspfarr zum H. Martin und Castulus gestorben und begraben den 12ten Okob. 1 Kind, 6 Wochen alt; in der löbl. Stadtpfarr bey St. Jodok den 11. d. 1 Kind 5 J. 7 M. alt. Den 13. d. 1 Kind 3 Wochen alt. Den 14. d. 1 Kind 14 Tage alt. Den 16. d. 10 Mon. alt. In der löbl. Pfarr St. Nikola 1 Kind gestorben.

Ein halbes Jahrhundert später als weiteres Beispiel heißt es an der gleichen Stelle lapidar: *In der Stadtpfarr St. Nikola: Gestorben: Den 29. April, unehelich, 6 Wochen alt.*

Im Jahre 1860 meldet das Landshuter Wochenblatt:

In der Stadtpfarrei St. Martin. Gestorben den 2. Dezember Sebast. Hollerauer, Tagelöhnersöhnchen v. Berg, 29 Wochen alt., Bernhard Schmidt Webersöhnlein 9 Wochen alt. Den 3. Dezember Alois Faistenhammer, Metzgersöhnlein von Berg, 36 Wochen alt. Den 4. Dezember Carl Schambeck, Flachshändlersöhnlein, 21 Wochen alt. Den 12. Dezember Hubert, 12 Wochen alt.

1868 dann:

12. Januar Johann Holzapfel, Schuhmachergesellen- und Insassenkind, 1 Jahr alt. 14. Jan.: Anna, 18 Wochen alt. St. Nikola Geboren 20. Jan. Rosina illeg. ausw.. Gestorben 14. Jan Anna, 18 Wochen alt.

Wichtiger als die Angabe des Familiennamens war wegen der Sterblichkeits-Statistik der Stadt die Aussage, ob die Kinder von heimischen oder auswärtigen Müttern geboren wurden. Denn der Magistrat schob die erstaunliche Höhe der unehelichen Geburten jenen Müttern zu, die vom Land zur Entbindung in die Stadt kamen.

Nicht mitgeteilt wird ferner, ob das Kind getauft oder ungetauft verstarb. Das mag einen angesichts der (angeblich) damaligen Religiosität in Erstaunen versetzen; aber es zeigt vielmehr die geringe Wertschätzung eines Neugeborenen bzw. eines älteren Kindes. Von einer Bestattung ist überhaupt nicht die Rede.

Erst gegen Ende des 19. Jh. gewinnen Kinder und sogar Säuglinge eine eigene Wertigkeit, eine Anerkennung als Person. Dies spiegelt sich auch in den Friedhofsordnungen.

Seit der Verlegung der Friedhöfe aus dem unmittelbaren Stadtbereich zu Beginn des 19. Jahrhunderts griff die Obrigkeit immer mehr ordnend bzw. verordnend auch in das Bestattungswesen ein. Es ergehen genaue Vorschriften über die Anlage eines Friedhofes und eines Grabes; exakt vorgeschrieben werden Länge, Breite und Tiefe eines Grabes, bald werden auch die Ausmaße von Kindergräbern genau vorgeschrieben.

Todes-Anzeigen

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts setzen die besseren Kreise wortreiche Todesanzeigen in die Zeitungen; anfangs noch ohne schwarze Rahmung. Todesanzeigen von Kindern jeden Alters blieben vorerst eine Ausnahme, kamen aber um die Jahrhundertwende in Blüte. Bis heute hat sich dieser Brauch gehalten, wenn auch Wortwahl und Gestaltung sich geändert haben.

TODES-ANZEIGE.
Gott dem Allmächtigen hat es gefallen, unser innigstgeliebtes
Kind Josef
im zarten Alter von 1 Jahr 6 Wochen in die Schnur seiner heil. Engel aufzunehmen. — Um süßes Weileid bitten
M ü h l e r, den 19. Januar 1896.
Die tieftrauernden Eltern:
Josef und Theres Landinger.
Die Beerdigung wird am Dienstag den 21. Januar Vorm. 1/2 Uhr vom Hause aus nach Weisbichl und hierauf ein hl. Amt abgehalten. 483

So hieß es in der Landshuter Wochenzeitung:

Theilnehmenden Verwandten und Bekannten widme die betäubende Anzeige, daß heute Mittags 12 Uhr unser liebes Kind

Katharina

im zarten Alter von 3 Jahren 5 Monaten sanft verschied.

Landshut, 5. Februar 1871.

A. Bierling mit Gattin,

Kaufm. u. Fabrikbesitzer

Die Beerdigung ist Dienstag Nachmittags 3 Uhr vom Leichenhause aus.

(Nur auf diesem Wege)

Schmerzerfüllt machen wir die Mittheilung, daß der liebe Gott heute Früh unser heißgeliebtes, einziges Söhnchen

Georg

im Alter von 2 Jahren und 9 Monaten nach kurzem, qualvollen Leiden zu seinen Engeln berufen hat.

Landshut, den 24. Januar 1896.

Seminardirektor Jungwirth mit Frau

Beerdigung Sonntag Mittags 1 1/2 Uhr

*Unsere kleine Babymaus, unsere süße Nicola durfte nicht bei uns bleiben. Nicola Rosalie / * 29.7.1993 + 14.10.1993. Wir haben dich so lieb.*

*Claudia und Hermann Probst
mit Schwesterchen Carina*

Ohne Datum und Anschrift der Familie erschien folgende Todesanzeige:

Schmerzliche Erinnerung

Uschi

unser Zauberschatz

16.10.86 16.10.88

unvergessen

Deine Eltern und Geschwister



Das Titelblatt einer vierseitigen Todesanzeige zeigt zwei Engel auf einer Wolke neben einem leuchtenden Kreuz; der eine Engel läutet mit einer Glocke, der andere streut Sternchen aus. Darunter steht der Name des verstorbenen Kindes Johanna Katharina. Unten sitzt ein größeres Kind am Tisch, saugt am rechten Daumen und hat einen zerbrochenen Keks vor sich liegen. Auf der Innenseite links steht handschriftlich vom Künstler Bernhard Kühlewein kursiv geschrieben: Gott hat in seiner Güte / unsere kleine / Johanna Katharina / * 17.8.A 1988 + 26.11.A 1989 / wieder zu sich ins Reich / der Engel geholt. / Mein Engel / Da hab ich ihm seinen Himmel gegeben, - / und er ließ mir das Nahe. / daraus er entschwand; / er lernte das Schweben, / ich lernte das Leben, / und wir haben langsam einander erkannt.

Auf der Innenseite rechts ist ein Foto des kranken Kindes im Arm der Mutter plaziert und die schriftliche Danksagung.

Aufbahrung

Auch wenn das Sterben der Kinder sich meist in aller Stille abspielte, so wurden die toten Kinder doch innerhalb der Familie wie erwachsene Tote behandelt. Sie wurden in der Regel zu Hause aufgebahrt. Man zog ihnen das Taufkleid an und legte ihnen ein Myrrhe- oder Buchs-kranzerl auf das Haupt. Manche Mütter hüllten das Köpfchen des toten Kindes mit ihrem Brautschleier ein. Das Kissen ist oft mit Rosmarin, dem traditionellen Totenkraut, umsteckt. Man stellte kleine Statuen von Engeln an das Fußende und bettete das Kind in reichen



Blumenschmuck. Größeren Kindern gab man den Rosenkranz in die Hände.

Als die Fotografie aufkam und auch ärmere Familien sich Fotos leisten konnten, bestellte man den Fotografen. Mit der Ablichtung des verstorbenen Kindes konnten sich die Eltern ein ewiges Andenken verschaffen. Nach Beendigung dieser Zeremonien übergab man das Kind der Totenfrau bzw. dem Totengräber, die es zum Friedhof brachten.

Der Einfachheit und der Bequemlichkeit halber installierten findige Photographen eigene Studios innerhalb des Friedhofs. Dort war alles für die Abbildung vorbereitet; die Eltern mussten nur noch das verstorbene Kind bringen und in das vorbereitete Arrangement einlegen.

So entstanden Bilder an der Grenze zwischen Leben und Tod, die den Eltern halfen, den Schmerz über den Verlust ihres Kindes in Erinnerung zu verwandeln und diese wach zu halten.

Dr. Anton Mößner
Seligenthaler Str. 11, 84034 Landshut

Red.: ReH

● Pädindex

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Tagungen und Seminare

Februar 2012

24.–25. Februar 2012, Osnabrück
Theorieseminar Basiskompetenz Patiententrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

März 2012

9.–10. März 2012, Osnabrück
NAPPA Kompaktkurs Pädiatrische Allergologie
 Info: www.akademie-luftikurs.de

16.–17. März 2012, Dresden
9. gemeinsame Jahrestagung der AGAS und AGNES
 Info: www.di-text.de

17. März 2012, Bad Boll
16. Göppinger Pädiatrie Fortbildung
 Info: Dieter.Woelfel@KaE.de

16.–18. März 2012, Graz
Frühjahrstagung der AG Pädiatrie d. Dt. Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
 Info: www.dgsm-paediatrie.de

21.–24. März 2012, Heidelberg
43. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie
 Info: www.gpn-kongress.de

22.–25. März 2012, Speyer
Kompaktkurs: Theorieausbildung zum Asthmatrainer Asthmaakademie Rhein-Main-Neckar
 Info: B.Ehret@online.de

23. März 2012, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Info: dr.kohns@t-online.de

31. März – 1. April 2012, Berlin
Workshop Sprung in die Praxis
 Info: www.kinderarzt-dr-lueder.de/workshop

April 2012

13.–14. April 2012, Osnabrück
Modul Asthmatrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

19.–21. April 2012, Mannheim
20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V.
 Info: www.dgpi2012.de

27. April 2012, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Info: dr.kohns@t-online.de

27.–28. April 2012, Freiburg
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2012
 Info: www.aabw.de

Mai 2012

4.–5. Mai 2012, Osnabrück
NAPPA Kompaktkurs Pädiatrische Pneumologie
 Info: www.akademie-luftikurs.de

4.–6. Mai 2012, München
Süddeutsche Tage der Kinder- und Jugendmedizin
 Info: www.sgkj2012.de

11.–12. Mai 2012, Freiburg
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2012
 Info: www.aabw.de

21.–25. Mai 2012, Osnabrück
Basiskompetenz Patiententrainer und Modul Asthmatrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

Juni 2012

8.–9. Juni 2012, Osnabrück
Modul Neurodermitistrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

15. Juni 2012, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Info: dr.kohns@t-online.de

23.–24. Juni 2012, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2012
 Info: www.aabw.de

Juli 2012

7.–8. Juli 2012, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2012
 Info: www.aabw.de

Buchtipp

Franz Petermann (Hrsg.)

Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen



Schneider-Verlag Hohengehren,
4. vollst. veränd. Aufl., 400 S.,
ISBN 978-3-8340-0950-0, €
29,80

Das vorliegende Praxishandbuch stellt eine komplette Neubearbeitung dar, die in drei Hauptkapiteln die wichtigsten Grundlagen und Anwendungsfragen der Kinderverhaltenstherapie zusammenstellt.

Im ersten Teil werden ein einer gut lesbaren Form, die lernpsychologischen Grundlagen der Kinderverhaltenstherapie, inklusive zentraler Begriffe der Verhaltensanalyse und Therapieplanung dargestellt. Alle Begriffe (wie z.B. Modelllernen, Verhaltensanalyse, Konditionierung u.a.) werden an Beispielen aus der kinderpsychotherapeutischen Praxis erläutert.

Im zweiten Teil werden die wichtigsten Arbeitsfelder der Kinderverhaltenstherapie anhand von Fallbeispielen aus der Praxis veranschaulicht. Es handelt sich um die Anwendungsgebiete: Frühförderung/Sozialpädiatrie, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinische Kinderneuropsychologie; die spezifischen psychotherapeutischen Methoden werden erläutert; diese Anwendungsgebiete sind alle für den Kinder- und Jungendarzt von großem Interesse. Vor diesem Hintergrund liefern die Beispiele aus diesen Arbeitsfeldern auch wichtige Impulse für die kinderärztliche Praxis.

Im umfassendsten Teil 3 werden auf mehr als 200 Seiten „manualisierte“ Therapieprogramme und Diagnostik inkl. Beispiele für das psychotherapeutische Vorgehen und die nötigen Materialien für die klinische Praxis beschrieben. Neben der kindbezogenen Arbeitsweise kommen auch familienzentrierte Ansätze sehr ausführlich zu Wort. Folgende Störungsbilder und Indikationen werden ausführlich behandelt: ADHS, Aggression, soziale Ängste, angst- und stressbedingte Störungen in Schule und Familie. Neben Therapieprogrammen werden auch die immer wichtiger werdenden Präven-

tionsprogramme, die einen verhaltenstherapeutischen Hintergrund aufweisen, praxisnah ausgeführt (z.B. Triple P, Verhaltenstraining für Schulanfänger, Training mit Jugendlichen u.a.).

Die vierte Auflage des Buches unterscheidet sich vom Inhalt und der Aufmachung deutlich von den vorherigen Auflagen: Die Textgestaltung enthält zur besseren Lesbarkeit eine Randspalte (Marginalien) mit Hinweisen und Arbeitshilfen. Des Weiteren ist der Text durch Therapiematerialien, Tabellen und Abbildungen anschaulich gestaltet. Der Text weist durchgängig eine Schmuckfarbe (rot) zur leichteren Orientierung auf. Zudem enthält dieses praxisnahe und gut lesbare Buch ein sehr ausführliches Sachregister. Diese Neuauflage des Praxishandbuchs stellt eine Weiterentwicklung dar und ist uneingeschränkt Kinderärzten zu empfehlen.

Prof. Dr. Wolf-Dieter Gerber,
Klinikum Schleswig-Holstein,
Campus Kiel

Red.: ge

Herbert Renz-Polster

Menschenkinder – Plädoyer für eine artgerechte Erziehung



Kösel Verlag
2011, 192
Seiten,
ISBN:
978-3-
466309306,
17,99 EUR.

Der Autor Dr. Herbert Renz-Polster, Kinder- und Jungendarzt und Vater von vier Kindern, hat nach seinem gemeinsam mit N. Menche und A. Schäffler herausgegebenen Buch „Gesundheit für Kinder“ (4. Auflage 2010) und dem viel diskutierten „Kinder verstehen. Born to be wild: Wie die Evolution unsere Kinder prägt“ (4. Auflage 2011) erneut ein lesenswertes Buch geschrieben, welches sich zwar nicht primär an Pädiater richtet, aber auch von diesen „erhört“ und empfohlen werden sollte. Renz-Polster ist wis-

senschaftlich mit dem Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg assoziiert, wo er den Bereich Gesundheitsförderung bei Kindern mit aufgebaut hat.

Die Ansichten darüber, was Kinder wirklich brauchen, und wie man sie erziehen soll, gleichen einem Wechselbad: Die Theorien ändern sich nicht nur ständig, sondern sie widersprechen sich häufig. Vieles, was über Kinder und deren „richtige“ Erziehung behauptet wird, widerspricht sich oder ist reine Spekulation. Das gilt im Übrigen nicht nur für die Pädagogik, sondern auch für die Pädiatrie: Auch unsere Empfehlungen ändern sich in kürzester Zeit diametral: Von der Bauchlage zur Rückenlage, von einer „Allergieprävention“ durch Weglassen bis zur frühen Exposition, um nur besonders krasse Beispiele zu nennen.

Derartige Meinungsbilder der Meinungsbildner sind gut gemeint, aber, salopp gesagt, Geschwätz. In einem solchen, etwas leichtfüßigen Stil ist auch dieses Buch gefasst, das der Autor als Streitschrift versteht: Anders als in seinem Sachbuch „Kinder verstehen“ geht es ihm hier weniger um die wissenschaftliche Begründung und Erklärung der kindlichen Entwicklung, als vielmehr um eine Auseinandersetzung mit den gängigen Theorien über Kinder und Erziehung mit der zentralen Frage: Wo steuern wir hin mit unseren Kindern? Warum exerzieren wir immer wieder neue Erziehungsmoden an ihnen durch und was macht das aus der Kindheit?

Der Bezugsrahmen, mit dem Renz-Polster in die Erziehungsdebatte eingreift und mit dem er für die Eltern Sicherheit schaffen will, folgt aus seinem Forschungsgebiet: die evolutionäre Geschichte der Kinder. Er legt dar, dass wir nur dadurch wieder Sicherheit gewinnen können, indem wir uns daran orientieren, wie Kinder sich in Jahrtausenden evolutionär entwickelt haben. Nur so können Eltern die in den Kindern angelegten Stärken zur Grundlage von Erziehung machen – und nicht die Suche nach Schwachstellen, Unfertigkeiten oder immer neuem Förderbedarf. Oder in der zeitgenössischen Sprache formuliert: Ressourcen schaffen und bieten, statt Defizite und „Stö-

rungen“ zu diagnostizieren: Resilienz statt Defizienz.

Renz-Polsters programmatische Forderung: „Wer Kinder von ihren evolutionären Wurzeln her versteht, landet automatisch bei einer Frage, die wir heute zwar für Legehennen stellen, für Kinder aber vernachlässigen: der Frage nach dem artgerechten Entwicklungsrahmen. Wodurch haben Kinder bei ihrer Entwicklung Rückenwind, wodurch Gegenwind?“

Es geht in dem Buch nicht nur um Kinder und Eltern, sondern um die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, etwa in der Frage, wo denn

das Dorf geblieben ist, das nach einem afrikanischen Sprichwort für die Erziehung eines Kindes notwendig ist oder wenn am Beispiel der Geburt die Medikalisierung, Dramatisierung und Verkomplizierung eines normalen Vorganges erläutert wird. Hier wird auch deutlich, dass ein Überdenken und eine Selbstbegrenzung nicht durch die Mediziner erfolgen wird – es sind die Mütter, die entscheiden müssen eine Pathologisierung dieses natürlichen Vorganges nicht mehr hinnehmen zu wollen. Schon vor über vierzig Jahren hat Ivan Illich in seiner „Nemesis der Medizin“ auf die Unausweichlich-

keit medizinischer Expansion hingewiesen, die wir heute so unerbittlich erleben – bis hin zur Kinderschutzgesetzgebung. Wir Pädiater könnten beitragen, den kleinen Menschen von Anbeginn zu helfen, ihre Autonomie zurückzugewinnen und den Eltern helfen, sich nicht von zweifelhaften Ratgebern und Konzepten mit immer neuen Theorien abhängig zu machen. Dazu sollten wir die Appelle Renz-Polsters aufgreifen und verbreiten.

Stephan Heinrich Nolte, Marburg

Näheres zum Buch:

www.menschenkinder-das-buch.de

Red.: ge

Praxistafel

Aus Praxisauflösung preiswert abzugeben:

Spirometer Vitalograph Alpha IV Bj.10/2007 neuwertig
Hand-Tympanometer Interacoustics MT 10 Bj. 9/2009

Dr@enzel.de // 07138/8345

Kinderärztl. Praxisgem. (Hausarzt/Neuropäd.) in Berlin sucht für 2013 je 1 Nachfolger. WB-Berechtigt. Neuropäd. vorhanden. Attrakt. Neuropäd. Zusatzhonorar.
Tel. 030 / 833 42 03

Kinder- und Jugendärztin sucht nach eigener Praxis **regelmäßige Mitarbeit (Teilzeit) oder Praxisvertretung** ab April 2012, Nordwürttemberg bevorzugt.

Zuschriften unter Chiffre 1928 KJA 02/12 an den Verlag erbeten

Welche **Kinderärztin mit Familie** oder **pensionierte Kinderärztin** hat Interesse an 2 Vormittagen in der Woche stundenweise zu vertreten? Raum Essen/Bochum.

Tel. 0172/59 68 342

Kinderarztpraxis in Dillingen a. d. Donau

baldmöglichst abzugeben – verschiedene Übernahmemodalitäten sind möglich.

Alteingeführte Praxis mit klassischer Grundversorgung. Dillingen – 18.000 Einwohner, plus Umland – große Behinderteneinrichtung mit diversen Förderschulen – gute kollegiale Zusammenarbeit von Kinderärzten und Allgemeinmedizinern im Landkreis – hervorragende Facharztpraxen – Kinderkliniken in Augsburg, Ulm und Heidenheim, je ca. 50 km entfernt.

Nach Dillingen kommen Sie nicht aufs Land. Dillingen ist eine traditionsreiche Kreisstadt mit historischer Altstadt, kulturell vielschichtig, zwei Gymnasien und überregionalen Behörden.

Kontakt unter Tel. 0172 / 8909477

Kinderärztliche Praxis zwischen Bonn und Köln 2012/13 abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1932 KJA 02/12 an den Verlag erbeten

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

Ausschreibung Stefan-Engel-Preis

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) wird auf ihrer Jahrestagung im September 2012 in Hamburg zum siebten Mal den Stefan-Engel-Preis vergeben. Er ist mit 5.000,- € (Stifter: Kirchheim-Verlag, Mainz) und einer Medaille ausgestattet. Mit dem Preis sollen wissenschaftliche Arbeiten der letzten zwei Jahre auf dem Gebiet der sozialen Pädiatrie als Querschnittsfach in der Kinder- und Jugendmedizin unter Einschluss der Grenzgebiete ausgezeichnet werden. Um den Stefan-Engel-Preis können sich Wissenschaftler aus Pädiatrie und nahestehenden Bereichen aus dem deutschen Sprachraum bewerben. Vollständiger Ausschreibungstext unter www.dgspj.de.

Bewerbungen (**bis 30.06.2012**) in **5-facher** Ausfertigung an:

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Die aktuelle Terminliste für die „Paediatrice“ wird in PädInform, www.praxisfieber.de sowie jeweils in den Ausgaben von „PRAXISfieber“ veröffentlicht. „PRAXISfieber“ wird durch Pfizer, Abbott und die BergApotheke verteilt.



Termine 2012

Stand: 16.12.11, eb

Termin	Uhrzeit	Ort	Thema
08.02.2012	14:00–20:00 Uhr	Bielefeld	Block D
03.03.2012	09:00–16:00 Uhr	Mechernich	Block B
14.03.2012	09:30–17:00 Uhr	Stuttgart	Block B
17.03.2012	09:00–15:00 Uhr	Frankfurt	Block A
24.03.2012	10:00–15:30 Uhr	Berlin	Block D
24.03.2012	09:00–15:00 Uhr	Freiburg	Block B
24.03.2012	09:00–15:00 Uhr	Homburg	Block C
24.03.2012	09:00–16:00 Uhr	Nürnberg	Block C
31.03.2012	09:00–16:00 Uhr	München	Block A
18.04.2012	13:30–19:30 Uhr	Hamburg	Block D
20.04.2012	09:00–17:00 Uhr	Essen	Block D
05.05.2012	10:00–16:00 Uhr	Bremen	Block C
05.05.2012	10:00–17:00 Uhr	Hannover	Block C
15.09.2012	09:30–16:30 Uhr	Weimar	Block A
16.09.2012	09:00–15:30 Uhr	Weimar	Block B

Wir weisen darauf hin, dass wir nur Anmeldungen von ausgebildeten MFA berücksichtigen können. Die Veranstaltungen sind nicht geeignet für Auszubildende.

Je Veranstaltung berechnen wir eine Gebühr von **25,- €** pro Teilnehmerin.
Eine Rechnung geht Ihnen mit der Bestätigung zu.

Wir danken den Firmen



und



für ihre freundliche Unterstützung!

Praxisstempel

Hiermit melde ich

Frau

zur Fortbildung „Paediatrice“

Ausbildung beendet im Jahr:

in

am

2012

Für Rückfragen bin ich zu erreichen unter:

Block **A** **B** **C** **D** (bitte einkreisen) an.

Tel.:

Fax:

Datum

Unterschrift

Senden oder faxen Sie diesen Abschnitt oder eine Fotokopie mit Ihrer Anmeldung an
BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, **Fax: 02 21 - 6 89 09 78**

Fortbildungstermine des BVKJ

März 2012

2.–4. März 2012

18. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., Weimar

„J1 und J2 under construction“

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

22.–25. März 2012

9. Assistentenkongress

des bvkj e.V., Dresden

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

24. März 2012

21. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Rostock

Auskunft: Frau Dr. Harder-Walter / Frau Dr. Masuch, Tel. 0381/697189, Fax: 0381/690216 ①

April 2012

21. April 2012

35. Pädiatref 2012

des bvkj e.V., LV Nordrhein, Köln

und 4. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Tel. 0212/22609170; Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Tel. 0221/813281; Dr. Herbert Schade, 52894 Mechernich, Tel. 02443/902461 ④

Mai 2012

4.–5. Mai 2012

10. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., Bielefeld

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Dr. med. Uwe Büsching, Bielefeld, Tel. 0521/82002, Fax: 0521/83021 ④

4.–5. Mai 2012

22. 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

12. Mai 2012

25. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen 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 2012

22.–24. Juni 2012

42. Kinder- und Jugendärztetag 2012

42. Jahrestagung des bvkj e.V., Berlin

„Neue Aspekte der Prävention im Kindes- und Jugendalter“

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ①

23.–24. Juni 2012

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

in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2012

14. Juli 2012

1. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, Ulm

Auskunft: Dr. med. Christoph Kupferschmid, Frauensteige 18, 89075 Ulm, Tel. 0731/619606, Fax 0731723046 ②

September 2012

1. September 2012

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., Dresden

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

7.–8. September 2012

15. Seminartagung des BVKJ Landesverband Hessen

Bad Nauheim

Auskunft: Dr. med. Josef Geisz, Wetzlar, Tel. 06441/42051 ①

8.–9. September 2012

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 040/430936969;

Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04531/2397;

Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139 ②

Oktober 2012

13.–17. Oktober 2012

40. Herbst-Seminar-Kongress

„Neue Leitlinien in der Kinder- und Jugendmedizin – was ist relevant“

des bvkj e.V., Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@t-online.de

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214, kongresse@schmidt-roemhild.com

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

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de

Wir gratulieren zum Geburtstag im März 2012

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Helga *Roidl*, Kleve, am 04.03.
 Frau Dr. med. Christine *Siebert*, Ilmenau, am 04.03.
 Herrn Anton *Spier*, Bunde, am 04.03.
 Herrn Dr. med. Thomas *Hangen*, Landshut, am 06.03.
 Herrn Holger *Hiort*, Otterndorf, am 09.03.
 Herrn Dr. med. Uwe-Jens *Trahms*, Bielefeld, am 10.03.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Langer*, Frankfurt/Main, am 12.03.
 Frau Dr. med. Ursula *Liefke*, Chemnitz, am 13.03.
 Herrn Dr. med. Thomas *Otto*, Köln, am 13.03.
 Frau Dr. med. Sigrid *Perschke*, Wildenfels, am 13.03.
 Herrn Dr. med. Wilfried *Koring*, Bielefeld, am 19.03.
 Frau Sonja *Keßler*, Groß Glienicke, am 20.03.
 Frau Dr. med. Erika *Abczynski*, Dormagen, am 25.03.
 Herrn Milan *Adler*, Ratingen, am 26.03.
 Herrn Dr. med. W. F. *Voss*, Bremen, am 27.03.
 Frau Dr. med. Doris *Conrad*, Frankfurt/Main, am 30.03.
 Frau Dr. med. Sabine *Hellweg*, Jork, am 30.03.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Dagmar *Döge*, Dresden, am 01.03.
 Frau Dr. med. Karin *Rindermann*, Sinsheim, am 02.03.
 Herrn Dirk *Drescher*, Montabaur, am 03.03.
 Frau Dr. med. Sabine *Gummert*, Oschersleben, am 07.03.
 Herrn Dr. med. Rainer *Diekmann*, Augsburg, am 11.03.
 Frau Dr. med. Barbara *Liedtke*, Berlin, am 13.03.
 Frau Dr. med. Rita *Habicher*, Berlin, am 15.03.
 Frau Dr. med. Ursula *Thofß*, Plauen, am 16.03.
 Frau Dr. med. Christiane *Bischoff*, Neuss, am 18.03.
 Frau Dr. med. Dorothee *Fischer*, Stuttgart, am 19.03.

Herrn PD Dr. med. A. Wahab *Behbehani*, Göttingen, am 21.03.
 Herrn Dr. med. Klaus *Warringsholz*, Plön, am 22.03.
 Frau Dr. med. Ingrid *Blei*, Burgheim, am 24.03.
 Herrn Dr. med. Ekkehard *Oswald*, Weyhe, am 24.03.
 Frau Dr. med. Jutta *Storch*, Weinheim, am 25.03.
 Frau Dr. med. Ute *Kölzsch*, Cottbus, am 27.03.

75. Geburtstag

Herrn Horst *Eckhardt*, Görlitz, am 04.03.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Klinge*, Dittelbrunn, am 06.03.
 Herrn Dr. med. B. Twan *Ting*, Baesweiler, am 10.03.
 Herrn Dr. med. Werner *Friedrich*, Gera, am 12.03.
 Frau Elke *Petzold*, Nienhagen, am 12.03.
 Frau SR Dr. med. Renate *Appenfelder*, Dresden, am 13.03.
 Herrn Dr. med. Michael *May*, Bamberg, am 13.03.
 Herrn Dr. med. Hans H. *Schreiber*, Mechernich, am 18.03.
 Herrn MR Dr. med. Eberhard *Lamster*, Waren, am 20.03.
 Herrn Prof. Dr. med. Volker v. *Loewenich*, Frankfurt/Main, am 23.03.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Kleine-Westhoff*, Paderborn, am 25.03.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Nikla *Salabashev*, Bonn, am 01.03.
 Frau Dr. med. Lisette *Strnad*, Griesheim, am 26.03.
 Frau Dr. med. Jutta *Ehregut*, Hamburg, am 29.03.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jamal *Faridi*, Köln, am 14.03.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Malte *Hey*, Nördlingen, am 05.03.
 Herrn Prof. Dr. med. Klemens *Stehr*, Spardorf, am 07.03.
 Frau Dr. med. Irmgard *Krause*, Löwenstein, am 15.03.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Gercke-Huntemann*, Duisburg, am 20.03.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Sorg*, München, am 14.03.

85. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Gerhard *Ruhrmann*, Reinbek, am 05.03.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Merz*, Engelskirchen, am 03.03.
 Herrn Dr. med. Helmut *Aengenendt*, Bonn, am 07.03.
 Frau Dr. med. Vera *Gräfin Finck von Finckenstein*, Semlow, am 15.03.

87. Geburtstag

Herrn Dr. med. Richard *Faul*, Stuttgart, am 16.03.
 Herrn Dr. med. Gottfried *Hinrichs*, Lübeck, am 21.03.
 Frau Dr. med. Liselore *Fiedler*, München, am 23.03.
 Herrn Dr. med. Friedrich *Kayser*, Oldenburg, am 27.03.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Nordwall*, Köln, am 09.03.
 Frau Dagmar *Hofer*, Berlin, am 24.03.
 Herrn Dr. med. Hajo *Willers*, Itzehoe, am 30.03.

89. Geburtstag

Herrn Dr. med. Lothar *Gantert*, Bräunlingen, am 01.03.
 Frau Dr. med. Gisela *Jördens*, Berlin, am 15.03.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Susanne *Remy-Kroh*, Köln, am 15.03.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Jürgen *Carius*, Oberhausen
 Herrn Dr. med. Klaus G. *Doenges*, Essen
 Herrn Dr. med. Carl *Haneke*, Beverungen
 Herrn Prof. Dr. med. Klaus *Jährig*, Baddeckenstedt
 Herrn Dr. med. Achmed *Kabir*, Berlin
 Frau Dr. med. Gisela *Royemann*, Hamm
 Herrn Dr. med. Manfred *Zöller*, INFECTOPHARM, Heppenheim
 Herrn Dr. med. Werner *Wende*, Zwickau

Frau Dr. med. Margret *Herten*, Köln,
am 24.03.

91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hugo *Konrad*, Augsburg,
am 02.03.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Paula Maria *Hölscher*,
Ludwigshafen, am 07.03.

Frau Dr. med. Helga *Fischer*, Platten,
am 10.03.

Frau Dr. med. Gertrud *Loth*, Meschede,
am 17.03.

93. Geburtstag

Herrn Dr. med. Franz-Xaver *Seibold*,
Schwäbisch Gmünd, am 05.03.

Frau Dr. med. Elisabeth *Innemeer*,
Fallingbostal, am 08.03.

98. Geburtstag

Frau Dr. med. Anneliese *Braun*, Stuttgart,
am 13.03.

101. Geburtstag

Frau Dr. med. Helene *Roeloffs*, Köln,
am 25.03.

104. Geburtstag

Frau Dr. med. Hilde *Schulz-Daum*,
Dillenburg, am 03.03.

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Ausland

Frau Dr. med. Ruth Elisabeth *Wunderer*

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Klaus *Hämmerle*

Frau Lisa *Schiefele*

Herrn Timo *Merz*

Frau Solveig *Köbe*

Herrn Nils *Gauger*

Frau Elke *Seehase*

Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Petra *Limpert*

Herrn Dr. med. Norbert *Schmiedl*

Akelei *Schuler*

Frau Dr. med. Claudia *Schwarz*

Frau Anja *Hagen*

Frau Meike *Scheler-Hofmann*

Herrn Kai *Rubarth*

Frau Dr. med. Laura *Dengler*

Frau Dr. med. Bianca *Schmid*

Frau Judith *Lutz*

Frau Dr. med. Gabriele *Filipp*

Frau Stephanie *Seidelmann*

Frau Dr. med. Cristina *Frieling*

Frau Dr. med. Alena *Hundertmark*

Frau Dr. med. Stefanie *Germeroth*

Frau Dr. med. Anna Nele *Horbach*

Frau Dr. med. Anika *Wagner*

Frau Helene *Kern*

Frau Katerina *Weber*

Frau Dr. (UMF Klausenburg)

Amalia *Herineanu*

Frau Susanne *Keinath*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Juliane *Spieker*

Frau Ekua *Asante-Anor*

Herrn Benjamin *Marcus*

Landesverband Brandenburg

Frau Anja *Krämer*

Landesverband Bremen

Frau Dr. med. Carola *Titgemeyer*

Frau Uta *Wilke*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Nadine *Heß*

Frau Ulrike *Seidel*

Landesverband Hessen

Frau Carolin *Blüml*

Herrn Steffen *Bleck*

Frau Magdalena *Kloska*

Frau Laura *Prieto Gil*

Frau Julia *Waibel*

Frau Marie-Therese *Felten*

Herrn Giovanni *Visciani*

Frau Christina *Rückert-Völkers*

Frau Dr. med. Almut *Fues*

Landesverband

Mecklenburg-Vorpommern

Frau Manuela *Schlamm*

Frau Anja *Keßler*

Landesverband Niedersachsen

Frau Inga *Ditters*

Frau Dr. med. Natascha *Seymour*

Landesverband Nordrhein

Herrn Olaf *Conrad*

Frau Katrin *Fähndrich*

Frau Frauke *Bahr*

Frau Kathrin *Hanisch*

Frau Dr. med. Leonie *Tran-Tien*

Frau Marie von *Jagwitz-Biegnitz*

Frau Lena *Hauck*

Frau Dr. med. Anja *Hüning*

Frau Dr. med. Kerstin *Schäfer*

Frau Anna *Anton*

Frau Dr. med. Clara *Heidkamp*

Herrn Thomas *Spyridonos*

Frau Fatma *Atalan*

Frau Dr. med. Thea Philippa *Sasso-Sant*

Frau Dr. med. Andrea *Baumgart*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Stefan *Vlaho*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Linda *Petersen*

Frau Dr. med. Christiane *Kaufmann*

Herrn Thomas *Woischnik*

Frau MU Dr. Dasa *Schmidtova*

Frau Sarah *Woischnik*

Frau Fabian *Künzel*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Andrea von *Minckwitz*

Frau Dr. med. Eva *Würfel*

Frau Anke *Günther*

Landesverband Thüringen

Frau Beatrice *Nagat*

Frau Annegret *Wolfschmidt*

Frau Nicole *Heidel*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Charlotte *Schwarzer*

Frau Dr. med. Johanna *Schell*

Frau Anne Tioua *Hnoulaye*

Frau Annette *Willkomm*

Frau Anastasia *Koulina*

Neue Pflege-Serie hilft bei juckender und gereizter Kinderhaut

Kinderhaut benötigt eine besondere Pflege – vor allem bei Trockenheit, Rötungen und Juckreiz. Die neue Pflegeserie Excipial Kids® der Spirig Pharma GmbH umfasst drei hochwertige Produkte, die die spezifischen Bedürfnisse trockener Kinderhaut adressieren. Was bei der richtigen Hautpflege im Säuglings- und Kindesalter zu beachten ist und welche Inhaltsstoffe von Excipial Kids®, z. B. bei Neurodermitis, besonders effektiv sind, erläutert der Dermatologe Prof. Dr. Dietrich Abeck aus München.

Frage 1: Welche physiologischen Besonderheiten zeichnen die Baby- und Kinderhaut aus?

Abeck: Aus Studien der letzten zwei bis drei Jahre wissen wir, dass die Haut bei Geburt noch nicht ausgereift ist. Dieser Prozess findet in den ersten 12 Lebensmonaten statt. Wichtige Unterschiede im Vergleich zur adulten Haut finden sich insbesondere bei der Hautbarriere. So ist die Korneozytendicke und -größe geringer und der Gehalt an natürlichen Feuchthaltefaktoren und Oberflächenlipiden niedriger als bei Erwachsenen. Die Haut im 1. Lebensjahr ist also insgesamt vulnerabler, wie auch das wesentlich häufigere Auftreten von Rötungen auf der Babyhaut zeigt.

Frage 2: Was bedeutet dies für die Hautpflege von Kindern mit juckender, gereizter Haut wie bei Neurodermitis?

Abeck: Bei der Auswahl der Inhaltsstoffe von Hautpflegeprodukten sind höchste Anforderungen an eine optimale Hautverträglichkeit zu stellen.

Frage 3: Was sind die Vorteile der Inhaltsstoffe und der drei Darreichungsformen von Excipial Kids®?

Abeck: Excipial Kids® enthält alles, was die empfindliche Haut des Babys für eine optimale Pflege benötigt und verzichtet auf alles, was überflüssig und eventuell sogar irritierend ist. Die drei galenischen Formulierungen ermöglichen eine stadiengerechte Hautpflege. Es gibt einen leichten Schaum zum Auftragen auf irritierte, gerötete Haut, eine Lotion für die tägliche großflächige Anwendung und eine Creme für die Pflege kleiner, besonders trockener Hautpartien.

Frage 4: Wie wirksam ist die Excipial Kids®-Reihe in Bezug auf die gestörte Hautbarrierefunktion und den quälenden Juckreiz?

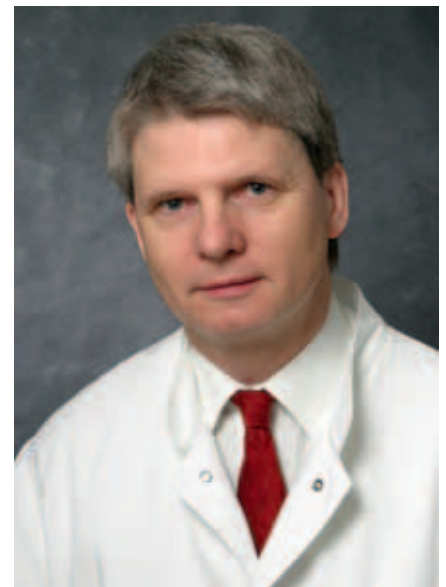
Abeck: Excipial Kids® kann bei regelmäßiger Anwendung die Hautbarriere stabilisieren und hierdurch auch den Juckreiz lindern. Alle drei Produkte der Pflegeserie enthalten SymCalmin®, einen Wirkstoff mit nachgewiesenen antientzündlichen und hautberuhigenden Eigenschaften. Weitere Inhaltsstoffe sind Glycerin und Dexpanthenol, das entzündungshemmend und feuchtigkeitsspendend wirkt. Zusätzlich hat es positive Effekte auf die Wundheilung und verbessert irritative Symptome.

Frage 5: Warum ist eine regelmäßige Anwendung sinnvoll?

Abeck: Konsequenterweise angewendet stärken die Excipial Kids®-Pflegeprodukte nicht nur die Funktion der Hautbarriere, sondern greifen über diese relevante Zielstruktur auch direkt in die Pathogenese der Erkrankung ein.

Frage 6: Was spricht im Säuglings- und Kleinkindalter für die Verwendung von Glycerin?

Abeck: Glycerin gehört wie Urea zu den natürlichen Feuchthaltefaktoren (NMF = natural moisturizing factor). Beide Faktoren werden Basispflegeprodukten zugesetzt, wenn eine Verbesserung der Hydratisierung erreicht werden soll. Anders als Urea besitzt Glycerin keinen „stinging effect“, also kein unangenehmes Kribbeln oder Brennen beim Auftragen. Gerade in der Zeit, in der sich die Kinder nicht selbst äußern können, also in den ersten 2 bis 3 Jahren, ist Glycerin als Feuchtigkeitszusatz zum Basistherapeutikum gegenüber Urea vorzuziehen.



Frage 7: Können Sie besondere Empfehlungen für die Eltern von Kindern mit Neurodermitis geben?

Abeck: Eltern sollten alles vermeiden, was die Hautbarriere irritiert. Das betrifft vor allem die Kleidung: keinen Kontakt mit Wolle oder synthetischen Fasern! Dies gilt für Babys kuscheliges Schafsfell ebenso wie in der kalten Jahreszeit vor allem für die Strumpfhose. Ich empfehle das Tragen von Cordjeans. Kinder mit Neurodermitis mögen es nicht zu warm, was die Kleidung tagsüber und vor allem abends beim Schlafen betrifft. Auch die Räume nicht überheizen. Übrigens: zwei oder drei Mal wöchentliches Baden mit Badezusatz ist erlaubt, wenn das Kind gerne badet. Nach dem Baden sollte man die Hautbarriere wieder stärken – am besten mit Excipial Kids®.

Mit freundlicher Unterstützung der Spirig Pharma GmbH, Augsburg

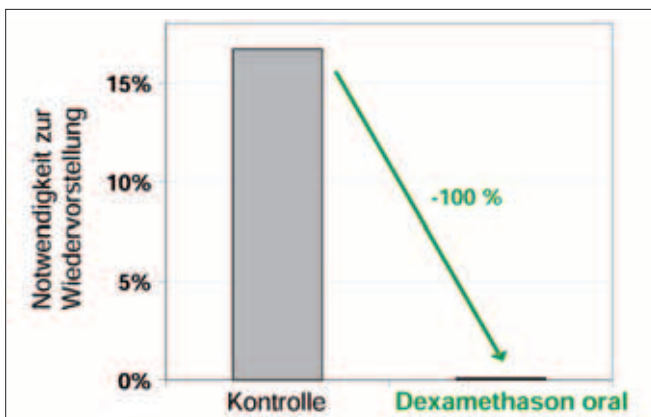
Studienserie Dexamethason oral zur Krupp-Therapie

Teil 4/6

Dexamethason oral reduziert die Zahl der Wiedervorstellungen

Dexamethason oral wird weltweit seit Jahren erfolgreich zur Krupp-Therapie eingesetzt. Geelhoed et al. haben die Wirkung der Einmalgabe von Dexamethason oral bei Kindern mit leichtem Krupp untersucht. 100 Kinder im Alter von 4 Monaten bis 10,2 Jahren waren in die Studie eingeschlossen und erhielten entweder Dexamethason oral oder Plazebo als Kontrolle. Nach der Behandlung wurden die Kinder nach Hause entlassen.

Zielparameter: Anteil der Kinder, die in den ersten 7 Tagen nach der Behandlung erneut ärztlich behandelt wurden.



Weniger Wiedervorstellungen mit Dexamethason oral

Ergebnis:

- nach der Behandlung mit Dexamethason war bei keinem Kind ein erneuter Arztbesuch nötig
- 17 % der mit Plazebo behandelten Kinder mussten erneut ärztlich behandelt werden
- Dexamethason oral verringert die Notwendigkeit zum erneuten Arztbesuch signifikant ($P < 0,01$)



InfectoDexaKrupp Saft:
Das erste Dexamethason in Saftform in Deutschland

Fazit:

- auch bei leichtem Krupp müssen ohne Therapie bis zu 20 % der Patienten wiedervorgestellt werden
- Dexamethason oral lindert die Symptome nachhaltig, so dass eine Wiedervorstellung signifikant seltener erfolgt

Geelhoed et al., BMJ 1996; 313: 140-2

Neues ERS/ISAM* Konsensus Papier

Hypertone Saline – Die einzige klinisch-effektive Therapieoption bei Bronchiolitis

Die Wirksamkeit von vernebelter 3% Saline – alleine oder in Kombination mit bronchienerweiternden Substanzen wurde bereits 2008 durch ein Cochrane-Review bestätigt¹. Diverse Studien mit insgesamt knapp 600 Patienten konnten eine positive Wirkung von 3% Saline bei Bronchiolitis (Entzündung der kleinen Äste des Bronchialbaums, den Bronchiolen) nachweisen^{2,3}.

Die ERS/ISAM Kommission bestätigte nun in Ihrer neu verfassten Inhalationsleitlinie, dass 3%ige hypertone Saline der **einzig effektive Wirkstoff** bei Bronchiolitis ist. Nach Vernebelung einer 3%igen salinen Lösung zeigte sich sowohl bei ambulanten sowie auch bei stationären Patienten eine direkte Linderung der Symptomatik⁴. Stationäre Aufenthalte konnten signifikant verkürzt werden^{2,5}.

[1] Zhang et al. Cochrane Database; Syst. Rev. 2008; 8(4), CD 006458

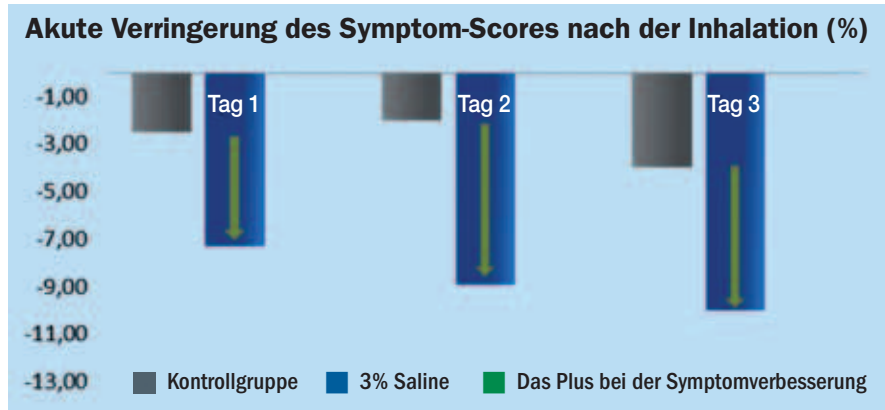


Abb. 1: Bereits nach 30 Minuten Inhalation von 3% Saline ging es den kleinen Bronchiolitis-Patienten deutlich besser ($n = 52 \text{ } \bar{x} 2,9 \pm 2,1$ Monate). Der Unterschied zur Kontrollgruppe ist signifikant⁴

[2] Sarell et al. Chest. 2002; 122(6): 2015

[3] Grewal et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009; 163(11):1007-1012

[4] Mandelberg et al. Chest. 2003; 123(2):48

[5] Tal et al. Med Assoc J 2006;8(3):169

* European Respiratory Society/International Society for Aerosols in Medicine

Nach Informationen von *Pari GmbH, Starnberg*

MOVICOL® Junior Schoko.

Das Marktführer-Macrogol für alle Kleinen, die nicht groß können

Mit dem neuen MOVICOL® Junior Schoko erweitert Norgine sein Sortiment um eine rezeptfreie Variante zur Behandlung der Obstipation im Kindesalter. Mit MOVICOL® Junior Schoko hält die in den Leitlinien empfohlene Substanz erstmals Einzug in die Selbstmedikation bei Kindern ab 2 Jahren.

Wenn Kleine nicht Groß können

Gerade im (Klein-)Kindesalter ist Obstipation ein häufiges Problem, das die Lebensqualität der Kinder – aber auch der Eltern – enorm beeinträchtigt.¹ Viele Eltern wenden sich vor dem Gang zum Arzt hilfesuchend an ihren Apotheker. Es verwundert demnach nicht, dass die Obstipation (im pädiatrischen oder adulten Bereich) zu einem der häufigsten Themen im Apothekenalltag zählt. Bislang blieb dem Apotheker lediglich, den Eltern den Gang zum Arzt zu empfehlen. Oder auf im Vergleich zur Leitsubstanz Macrogol erwiesenermaßen schlechter wirksame und nebenwirkungsbehaftete Substanzen (wie z.B. Lactulose) auszuweichen.

Neu: MOVICOL® Junior Schoko

Seit Oktober 2011 steht nun für alle Kleinen mit Obstipationsproblemen das neue MOVICOL® Junior Schoko zur Verfügung. MOVICOL® Junior Schoko ist das erste Laxans ab 2 Jahren, das rezeptfrei in der Apotheke abgegeben werden kann. MOVICOL® Junior Schoko ist für die Behandlung der Obstipation bei Kindern von 2 bis 11 Jahren und ist als Packung mit 30 Beuteln erhältlich (PZN 9086865).

Somit kann der Apotheker bei seiner Empfehlung nun auch auf die seit Jahren führende und bewährte Substanz zur Behandlung der pädiatrischen Obstipation zurückgreifen. Gerade sensible Eltern werden die Vorteile von MOVICOL® Junior Schoko zu schätzen wissen.

Denn MOVICOL® Junior Schoko zeichnet sich durch eine schnelle und zuverlässige Wirksamkeit bei sehr guter Verträglichkeit aus. Das überzeugende physiologische Wirkprinzip verhindert wirkstoffbedingte Blähungen oder Krämpfe wie sie bei anderen Präparaten üblich sind. MOVICOL® Junior Schoko eignet sich da-

her optimal für die langfristige Therapie – ein Gewöhnungseffekt tritt nicht ein. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten wurden nicht beobachtet und machen MOVICOL® zur ersten Wahl, was sich auch in den aktuellen Leitlinien zur Therapie der kindlichen Obstipation widerspiegelt.

Dazu ist MOVICOL® Junior Schoko ganz nach dem Geschmack kleiner Patienten. Sein leckeres Schokoladenaroma macht die Einnahme zu einem Kinderspiel, was leidgeplagte Eltern sicher sehr zu schätzen wissen werden.

Auch die Dosierung ist denkbar einfach:

- 1 Beutel pro Tag für 2- bis 6-Jährige
- 2 Beutel pro Tag für 7- bis 11-Jährige

Wie das bereits seit Jahren bewährte MOVICOL® Junior aromafrei wird auch bei der Schoko-Formulierung der Inhalt eines Beutels in einem 1/4 Glas (62,5 ml) Wasser aufgelöst. Es entsteht eine klare Trinklösung, die lecker nach Kokos/Schokolade schmeckt und die keine Kalorien enthält.

Ganzheitlicher Behandlungsansatz

Die wichtigste Maßnahme bei Obstipation im Kindesalter ist eine frühzeitige konsequente Therapie, die eine psychische Traumatisierung vermeidet – wie sie häufig durch den Einsatz von Klistieren hervorgerufen wird.

Zwar mag der punktuelle Einsatz bei hochgradig akut verstopften Kindern seine Berechtigung finden. Nicht außer Acht lassen sollte man aber die Tatsache, dass Klistiere durch ihren kurzzeitigen und auf das untere Rektum beschränkten Wirkungskreis keine Lösung des Problems bieten. Auch die Verletzungsgefahr ist zu hoch. Um eine Obstipation dauerhaft in den

Griff zu bekommen bedarf es einer Lösung, die den gesamten Kolonrahmen befreit – wie MOVICOL® Junior Schoko.

MOVICOL® – Das überlegene Laxans

In den aktuellen Leitlinien der AWMF wird MOVICOL® Junior aromafrei als first-line Therapeutikum zur Behandlung der chronischen Obstipation und zur initialen Desimpaktion bei Kindern empfohlen.

MOVICOL® ist eines der am besten untersuchten und dokumentierten Laxanzien. Die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit des Präparates wurde in einer Reihe von Studien getestet. Im Vergleich mit 13 weiteren Laxanzien erhielt der MOVICOL®-Wirkstoff Macrogol die Evidenznote 1A.³

Ein aktueller Review von Lee-Robichaud et al.⁴ bestätigt erneut die Vorteile des MOVICOL®-Wirkstoffs Macrogol im Vergleich zur Lactulose.

In der durchgeführten Subgruppen-Analyse (546 Kinder) resultierte die Behandlung mit Macrogol in einer signifikant höheren Stuhlfrequenz, verbesserten Stuhlform und Linderung der Bauchschmerzen. Zudem wurden in der Macrogol-Gruppe signifikant weniger zusätzliche Medikamente (wie z.B. Klistiere) benötigt als in der Lactulose-Gruppe.

Die stärkere Wirksamkeit zeigt sich auch in einer signifikant effektiveren Rezidivprävention, wie sie von Candy et al. beschrieben wurde.⁵

Nach einer erfolgreichen Desimpaktion mit MOVICOL® Junior als Monotherapie erhielten 28 Kinder weiterhin das Macrogol 3350, 30 Kinder jedoch Lactulose – jeweils über 12 Wochen. Während in der Lactulose-Gruppe bei 23% erneut eine Koprostase auftrat, wurde dies unter

MOVICOL®-Behandlung in keinem einzigen Fall beobachtet (p=0,011).

MOVICOL® – Physiologische Wirkung statt Nebenwirkung

MOVICOL® (Wirkstoff Macrogol 3350) ist ein bewährtes Laxans, das sich an den natürlichen Abläufen in unserem Organismus orientiert. Dieses physiologische Wirkprinzip unterscheidet es von anderen Laxanzien. MOVICOL® wird im Darm nicht zersetzt, hierdurch verursacht es in der Regel keine Blähungen oder Krämpfe, wie dies z.B. mit pflanzlichen Abführmitteln oder Lactulose der Fall ist. Der enthaltene Wirkstoff Macrogol ist „chemisch inert“, und wird vom Organismus kaum

aufgenommen oder verstoffwechselt. Es kommt zu keinen klinisch relevanten Interaktionen mit anderen Medikamenten.

Die mit MOVICOL® verabreichten Elektrolyte werden über die Darmwand mit der Körperflüssigkeit ausgetauscht und mit dem fäkalen Wasser ausgeschieden. Hierbei kommt es zu keinem Nettogewinn oder -verlust von Kalium, Natrium und Wasser.

1 Belsey J et al. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31: 938949.

2 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/068-019_S1_Obstipation_im_Kindesalter_04-2007_04-2011.pdf

3 Ramkumar D et al. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review, *American Journal of Gastroenterology* 2005;100:936-71.

4 Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD007570. DOI: 10.1002/14651858.CD007570.pub2

5 Candy DC et al. Treatment of faecal impaction with polyethylene glycol plus electrolytes (PGE + E) followed by a double-blind comparison of PEG + E versus lactulose as maintenance therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43: 65-70.

Nach Informationen von Norgine GmbH, Marburg

Kinderarzt ist wichtigster Ansprechpartner für Eltern

Ergebnisse der Humana Elternstudie 2011

Der Kinderarzt ist für frisch gebackene Eltern ein geschätzter Ratgeber, vor allem, wenn es um Unsicherheiten in Bezug auf den Nachwuchs geht. Das ergab die repräsentative Studie¹, die das Institut für Demoskopie Allensbach 2011 im Auftrag von Humana durchgeführt hat. Befragt wurden über 1.000 Eltern kleiner Kinder im Alter bis zu zwei Jahren. Insbesondere bei Fragen zur Ernährung des Kindes vertrauen die Eltern auf die Empfehlungen des Kinderarztes.

Familie macht glücklich. So lautet das Ergebnis der Humana Elternstudie. Fast jeder zweite Befragte nimmt sein Leben viel erfüllter als vor der Geburt des Kindes wahr. Neben den Glücksgefühlen kommen mit dem Nachwuchs auch neue Anforderungen sowie kleinere und größere Probleme auf. Das Gefühl, nicht immer jeder Situation gewachsen zu sein, kennen fast alle. Besonders groß ist diese Unsicherheit beim ersten Kind und in den ersten Monaten nach der Geburt. Wie erwartet nimmt das Empfinden aber mit der Geburt des zweiten und vor allem des dritten Kindes ab. Eltern aus einfachen sozialen Schichten² fühlen sich signifikant häufiger durch die eigenen Unsicherheiten belastet als Eltern aus mittleren oder gehobenen sozialen Schichten (54 Prozent vs. 38/37 Prozent).

Die Mehrheit der Eltern (81 Prozent) weiß jedoch, wo sie Rat einholen kann. 62 Prozent wenden sich bei Unsicherheiten in Bezug auf den Nachwuchs an den

Kinderarzt, der damit nach den eigenen Eltern auf Platz zwei der wichtigsten Ratgeber rangiert.

Aktuelle Elternthemen

Mit der Geburt eines Kindes rücken auch neue Themen in den Fokus der „jungen“ Eltern. So nennen 76 Prozent der Befragten die Erziehung, 61 Prozent die Entwicklung und 47 Prozent die Ernährung des Kindes als wichtigste Alltagsthemen.

Die Ernährung ihres Kindes beschäftigt Eltern insbesondere beim ersten Kind (48 Prozent) und im ersten Lebenshalbjahr (51 Prozent). Um sich über die Ernährung von Kindern zu informieren, ist der Kinderarzt der wichtigste Ansprechpartner. 71 Prozent der Eltern vertrauen darauf, dass sie vom Kinderarzt gut und umfassend informiert werden. Damit genießt dieser auch rund um das Themenfeld Ernährung das größte Vertrauen der Eltern. Im Vergleich dazu vertrauen nur gut ein Drittel der Eltern auf den Rat der eigenen

Eltern, wenn es ums Essen und Trinken der Kleinen geht – obwohl das persönliche Umfeld bei allgemeinen Unsicherheiten im Umgang mit dem Nachwuchs auf Platz eins der Ratgeber steht.

Mehr Ergebnisse der großen Humana Elternstudie 2011 sind im kostenlosen Studienband zusammengefasst, der ab sofort bei Humana angefordert werden kann. Schreiben Sie an **Elternberatung@humana.de** oder bestellen Sie telefonisch **unter 0800 / 20 20 920**.

Referenzen/Anmerkungen

1 Humana Elternstudie – Gratifikation und Belastungen von Elternschaft. Repräsentative Befragung von Eltern kleiner Kinder bis zwei Jahre. März 2011

2 Der Indikator „gesellschaftlich-wirtschaftlicher Status“ ist ein summarischer Schichtindikator, gebildet aus dem Schulabschluss des Befragten, dem Berufskreis und Nettoverdienst des Hauptverdieners im Haushalt sowie dem protokollierten Eindruck des Interviewers zur sozialen Schicht des Befragten.

Nach Informationen der Humana GmbH

Studie zur Heimselfstherapie beim Hereditären Angioödem

Auch für Kinder und Heranwachsende zeigt sich ein klarer Benefit

Bei erwachsenen Patienten mit hereditärem Angioödem (HAE) wird die Heimselfstherapie bereits seit 30 Jahren erfolgreich angewendet. Inwieweit die daraus resultierenden positiven Erfahrungen auf Kinder und Heranwachsende übertragbar sind, war Thema einer aktuellen Beobachtungsstudie, die kürzlich von Kreuz et al.¹ publiziert wurde. Ergebnis der retrospektiven Untersuchung: Die Heimselfstbehandlung mit C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH)-Konzentrat (Berinert®) ist auch bei Kindern und Heranwachsenden mit HAE eine wirksame und sichere Therapieoption, vorausgesetzt, dass der Patient bzw. die Eltern aufgeklärt und eingehend geschult worden sind.

An der HAE-Ambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt werden derzeit 113 pädiatrische Patienten mit individuell zugeschnittenen Therapiekonzepten behandelt. In einer retrospektiven Beobachtungsstudie wurden nun die Daten von 20 im Median 14 Jahre alten Patienten (7,0–17,7 Jahren) ausgewertet, bei denen ein Wechsel von einer Arzt-basierten Behandlung auf die Heimselfstherapie („home-therapy“) erfolgt war. Der mediane Beobachtungszeitraum betrug zum Zeitpunkt der Auswertung drei Jahre (1,1–6,7 Jahre). Insgesamt wurden 74,1 Patientenjahre mit rund 2.400 Applikationen ausgewertet.

Therapie der Wahl beim HAE ist die schnellstmögliche Behandlung schwerer Attacken mit C1-INH-Konzentrat aus menschlichem Plasma. Bei einer Dosierung von 20 E pro kg Körpergewicht ist eine Rückbildung der Symptome innerhalb von 30 Minuten zu erwarten, der Rückgang eines Larynxödems bereits innerhalb einer viertel Stunde.

Wenn die Behandlung durch einen Arzt vorgenommen wird, geht durch den dann notwendigen Transport zur nächsten Klinik oder Praxis und durch Wartezeiten oftmals wertvolle Zeit verloren. Dieser Zeitverlust entfällt bei der Heimselfstherapie. Von diesem Vorteil können sowohl Erwachsene als auch Kinder profitieren: So sank in der Frankfurter Beobachtungsstudie unter der Heimselfstherapie von Kindern und Heranwachsenden die Zeitdauer vom Beginn der Attacke bzw. vom Beginn der Frühzeichen bis zur Behandlung von 67,5 Minuten auf 15 Minuten, der Zeitraum vom Beginn der Behandlung bis zum Rückgang der Symptome von 60 auf 40 Minuten.



Prinzipiell kann in der Heimselfstherapie sowohl eine Bedarfstherapie (on demand-Therapie) als auch eine individuelle Substitutionstherapie (IRT; Individual Replacement Therapy) praktiziert werden. Eine Bedarfstherapie ist nach dem Frankfurter Konzept üblich bei Patienten, die maximal drei Attacken im Monat haben. Sie beginnen die Therapie nach Rücksprache mit der Klinik bei einer klinisch manifesten akuten Attacke. Bei häufigen und schweren Attacken (einmal oder öfter pro Woche) wird bereits bei den ersten Anzeichen einer beginnenden Attacke C1-INH-Konzentrat appliziert. In der Frankfurter Beobachtungsstudie wurde in 15 Fällen eine Bedarfstherapie praktiziert, in fünf eine individuelle Substitutionstherapie.

Die Auswertung ergab, dass die Heimselfstherapie bei allen Patienten und allen Attacken hoch wirksam war, das heißt, die Schwellungen bildeten sich in allen Fällen schnell zurück. Nebenwirkungen wurden nicht berichtet. Die gefürchteten, unter Umständen lebensbedrohlichen Larynxattacken traten bei zwei Patienten jeweils vor und nach dem Wechsel auf; in beiden Fällen nahm die jährliche Zahl der Larynxattacken unter Heimselfstherapie deutlich ab: von 12 auf vier bei der Bedarfs- und von zwei auf eine unter IRT-Therapie.

Daten zur Lebensqualität wurden in der Studie nicht explizit erhoben. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Patienten durch die Heimselfstherapie auch in diesem Bereich profitieren. So nahm die Zahl der Krankenhaustage nach dem Wechsel signifikant von 3,8 auf 0,11 Tage pro Jahr ab ($p = 0,008$), die Zahl der Patienten mit Fehltagen in der Schule halbierte sich von 18 auf neun.

Fazit: Die Heimselfstbehandlung des HAE mit Berinert® ist auch bei pädiatrischen HAE Patienten prinzipiell möglich. Die Patienten profitieren von einem schnelleren Wirkungseintritt und einem rascheren Rückgang der Symptome. Ein weiterer Vorteil ergibt sich durch weniger Krankenhaus- und Schulfehltag.

Über das Hereditäre Angioödem (HAE)

HAE ist eine seltene genetische Erkrankung, die auf einem Mangel an C1-INH basiert und autosomal-dominant vererbt wird. Zu den Symptomen von HAE zählen Ödeme an Händen, Füßen, im Gesicht, im Abdomen und/oder am Kehlkopf. Die Diagnose des HAE erfolgt durch den Nachweis niedriger bzw. abweichender C1-INH-Spiegel im Blut.

Weitere Informationen speziell zum HAE finden Sie u.a. auf der Website der internationalen Organisation von HAE-Patienten www.HAEI.org, auf der Website www.allabouthae.com und auf den deutschen Websites www.angioedema.de, www.hae-info.net, www.hae-notfall.de, www.hae-erkennen.de sowie www.schwellungen.de.

¹ Kreuz, W. et al. (2012): Home therapy with intravenous human C1-inhibitor in children and adolescents with hereditary angioedema, *Transfusion*: 2012.52.100-107

Nach Informationen von CSL Behring GmbH, Hattersheim

Antibiotika bei Atemwegsinfekten – häufig eingesetzt, selten sinnvoll gerade bei Kindern und Jugendlichen

Antibiotika sind und waren ein Segen für die Menschheit. Vor allem aber für Kinder ist der häufige und unnötige Einsatz bei viralen Atemwegsinfekten problematisch. Sie haben kaum einen Nutzen, dafür aber umso mehr Nebenwirkungen, die sie z. B. wie Asthma bis ins Erwachsenenalter belasten können.

Die rasante Ausbreitung resistenter Keime weltweit lassen Antibiotika zudem langsam aber sicher zu einer stumpfen Waffe werden. Nicht nur für die Gesellschaft an sich ist dies ein Problem, auch für jeden Einzelnen.

Neue Ansätze tun Not. Einen Ausweg aus dieser Resistenzfalle bieten pflanzliche Arzneimittel. Eine wirksame und verträgliche Option findet sich in Umckaloabo®, ein umfassend untersuchtes Arzneimittel in jeder Altersstufe. Seine einzigartige Dreifachwirkung – antiviral, sekretomotorisch und antibakteriell – führt dazu, dass der Infekt an der Wurzel gepackt und auskuriert wird und zusätzlich die Krankheitsdauer um 2 Tage verkürzt wird.

Sowohl die Verträglichkeit als auch die Wirksamkeit sind umfassend untersucht. Allein in den klinischen Studien wurde inzwischen an ca. 10.000 Erwachsenen und Kindern ab 1 Jahr die Überlegenheit gegenüber Placebo nicht nur bei akuter Bronchitis, sondern auch in anderen Indi-

kationen wie Sinusitis eindeutig gezeigt. Auch die Verträglichkeit wurde sowohl in den präklinischen, klinischen und Post-Marketing Studien eindrucksvoll belegt. In den Jahren zwischen 1994 und 2010 kam es hier lediglich zu einer Nebenwirkungsrate von weniger als 0,00001 %.

Der junge Spross der Familie – Umckaloabo® Saft für Kinder

Der neu zugelassene Saft ist das jüngste Familienmitglied von Umckaloabo®! Damit gibt es jetzt drei Darreichungsformen. Die Lösung ist der Klassiker für die ganze Familie und bereits bei Kindern ab einem Jahr breit einsetzbar. Als empfehlenswerte Alternative für Kinder von einem bis zwölf Jahren steht nun der alkoholfreie Umckaloabo® Saft für Kinder zur Verfügung.

Seine weiteren Vorteile: Er ist gluten-, lactose- und farbstofffrei sowie angenehm im Geschmack. Er enthält keinen Zucker, sondern den karioprotektiven Zuckeraustauschstoff Xylit. Neben dem Messbecher erleichtert die beigegefügte Dosierpipette nicht nur die exakte Dosierung, sondern auch dem Kind und damit auch dem Elternteil die Einnahme. Die Flasche enthält 120 ml und ist für 7,96 € erhältlich. Erfreulich für die Eltern: Der Saft ist GKV-erstattungsfähig. Die Schonung des Budgets ist ein Vorteil für den verordnenden Arzt.



Praktisch für unterwegs und auf Reisen ist die Filmtablette, die 2009 in den Handel kam. Sie ist zugelassen für Erwachsene und Heranwachsende ab zwölf Jahren.

Durch diese Neuzulassung des alkoholfreien Umckaloabo® Saft für Kinder durch die deutsche Zulassungsbehörde wurde das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis selbst bei Kleinkindern erneut bestätigt. Dieses umfangreiche Studienpaket zu Kindern kann kein anderes Medikament in der Selbstmedikation vorweisen!

Ein weiteres Plus: Der Spezialextrakt greift nicht in den Erregerstoffwechsel ein, eine Resistenzbildung ist somit nicht möglich.

Nach Informationen von Spitzner Arzneimittel GmbH, Ettlingen

Pneumokokken-Impfstoff von GSK nun auch für Kinder bis zu 5 Jahren zugelassen

Durch Zulassungserweiterung können nun auch Kinder zwischen 2 und 5 Jahren von Synflorix® profitieren

GlaxoSmithKline (GSK) hat für seinen Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff Synflorix® von der Europäischen Kommission im August 2011 eine Zulassungserweiterung erhalten. Auch Kinder vom zweiten bis zum vollendeten fünften Lebensjahr können nun gegen invasive Erkrankungen und akute Mittelohrentzündung (otitis media) – hervorgerufen durch den Erreger *Streptococcus pneumoniae* – geimpft werden.¹

Bereits im April 2009 wurde der Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff von GSK für Babies und Kleinkinder im Alter von 6 Wochen bis 2 Jahre zugelassen. Durch die Zulassungserweiterung können nun auch

Kinder zwischen 2 und 5 Jahren von dem umfassenden Impfschutz profitieren, die bisher noch nicht geimpft wurden und daher noch empfänglich für diese Krankheiten sind.

Die aktualisierte Indikation in Europa lautet: Aktive Immunisierung gegen durch *Streptococcus pneumoniae* verursachte invasive Erkrankungen und akute Otitis media bei Säuglingen und Kindern ab einem Alter von 6 Wochen bis zum vollendeten 5. Lebensjahr.²

Invasive Erkrankungen, die durch *S. pneumoniae*-Bakterien hervorgerufen werden, umfassen: Meningitis, bakteriämische Pneumonie, Lungen-Pleura-Em-

physem und bestimmte Formen der Blutinfektion (Bakteriämie).

Mehr als die Hälfte aller Fälle von Mittelohrentzündungen werden durch Bakterien hervorgerufen, *S. pneumoniae* spielt dabei auch eine große Rolle.^{3,4}

1 European Commission, Adoption of Commission Implementation Decision, August 2011

2 Fachinformation Synflorix®. Stand August 2011.

3 Pichichero ME, Am J Manag Care 2005; 11:S196-201.

4 Leibovitz E, Pediatr Drugs 2003; 5:S1-12.

Nach Informationen von: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

E-Mail: dr.roland.ulmer@onlinemed.de

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter www.kinderaerzte-im-netz.de und dort in der Rubrik „Berufsverband“.

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Wir sind für Sie erreichbar: Montag – Donnerstag von 8.00–18.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204
stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78
christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78

BVKJ Service GmbH

Wir sind für Sie erreichbar: Montag – Donnerstag von 8.00–18.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php