

bvkJ.

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

Heft 05/11 · 42. (60.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Fahradhelme – ein
wirkungsvoller Schutz

Fortbildung:

Meningokokken-
Infektionen – ein Update

Berufsfragen:

Hausbesuch bei Annette
Widmann-Mauz

Magazin:

Das Moritzl
und die
jüdische
Mame

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.

Titelfoto: Ralf Meier, Teutopress



Das Moritzl und die jüdische Mame

Gedanken und Beispiele zum jüdischen Humor

S. 314

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

Inhalt 05 | 11

Forum

- 267 Vermischtes
- 268 **Fahrradhelme als wirkungsvoller Schutz**
Ellen Haase
- 270 **Das Leser-Forum**
- 271 **Ärzte in Facebook**
Regine Hauch
- 272 **Aus der Praxis für die Praxis**
- 274 **Die Jugend in virtuellen Welten**
Christoph Kupferschmid
- 278 **Dresdener Erneuerung**
Ludwig Schmid
- 279 **Mehr Kinder im Osten – weniger im Westen**
Wolfgang Gempp
- 280 **Zecken und FSME**
Wolfgang Gempp

Fortbildung

- 281 **Meningokokken-Sepsis und -Meningitis**
Helmut Helwig, Hansjörg Cremer
- 287 **Meningokokken – durch neue Impfstoffe bald besiegt?**
Sieghart Dittmann, Wolfram Hartmann
- 292 **Der besondere Fall: Immunkomplexreaktion – ungewöhnliche Ursache einer ausgeprägten pulmonalen Symptomatik**
Marc Hertel
- 298 **Consilium Infectiorum: Krupp-Anfälle nach Influenza A/H1N1-Infektion?**
Reinhard Berner
- 300 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 305 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Sabine Vöhringer, Peter H. Höger
- 305 Impressum
- 306 Praxistafel

Berufsfragen

- 307 **Hausbesuch bei:**
Annette Widmann-Mauz, Regine Hauch
- 310 **Transition**
Uwe Büsching
- 312 **Fortbildungsveranstaltungen und Kongressreisen**
Nicole Kannenberg

Magazin

- 314 **Das Moritzl und die jüdische Mame**
Olaf Ganssen
- 316 **Buchtipps**
- 318 Tagungen und Seminare
- 319 Fortbildungstermine BVKJ
- 320 Personalien
- 322 **Nachrichten der Industrie**
- 328 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt als Teilbeilage ein Poster der Firma Nestlé bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Exanthematische Infektionen ●●●

Meningokokken-Sepsis und -Meningitis

Invasive Meningokokken-Infektionen können sich manifestieren als:

Meningitis, Sepsis, Sepsis + Meningitis

Früheste Verdachtssymptome einer Meningokokken-Sepsis mit und ohne Meningitis sind **Petechien an Armen und/oder Beinen, zunächst diskret und vereinzelt** (Abb. 1+2).

Voraus gehen oft akute Infektzeichen im Bereich des Nasen-Rachenraums, gefolgt von plötzlich hinzukommenden heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, kühlen, schlecht durchbluteten Akren, Schüttelfrost und schwerem Krankheitsgefühl – typisch für eine akute Grippe-Erkrankung.

In der Verantwortung des/r Erstbeobachter/in liegt es, bei Verdachtsmomenten auf eine Meningokokken-Infektion sofort die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen^{1,7,11} (Abb. 3).



Abb. 1: Petechien im seitlichen Bauchbereich bei beginnender Meningokokkensepsis



Abb. 2: Einzelne Petechien am Rücken und am Oberschenkel bei beginnender Meningokokkensepsis

Erreger-Profil

Meningokokken (*Neisseria meningitidis*) sind gram-negative aerobe Diplokokken.

Kapsellose Stämme finden sich bei etwa 10 % der Bevölkerung als nicht oder wenig virulente Besiedlung im Nasen-Rachen-Raum^{7,11,14}.

Meningokokken können Kapseln produzieren, die sie chemisch und immunologisch unterscheidbar machen. Es gibt mindestens 12 kapseltragende Serogruppen, die sich in der Zusammensetzung der Kapselpolysaccharide unterscheiden^{9,10}. Als Sepsis- und Meningitis-Erreger kommen weltweit die kapseltragenden Typen A, B, C, Y und W-135 vor^{7,10,11,14}.

In der Zellwand der Meningokokken finden sich Lipooligosaccharide (LOS), einschl. Endotoxin^{6,7,11,14}.

Epidemiologie

Meningokokken sind ausschließlich human-pathogen.

Die **Infektion** von Mensch zu Mensch erfolgt ganz überwiegend durch Tröpfchen-Infektion oder durch Kontakt mit Nasen-Mund-Rachen-Sekret eines Infizierten bzw. Keimträgers^{2,9,10,14}. Eine nasopharyngeale Kolonisierung kann über Wochen und Monate symptomlos persistieren. Eine Ausbreitung der Besiedlung auf den Schleimhäuten innerhalb einer Gruppe findet sich besonders unter engen Wohnverhältnissen (Rekruten-Unterkünfte, Mekka-Pilger, Internats-Wohnheime)^{1,9,10,13}.

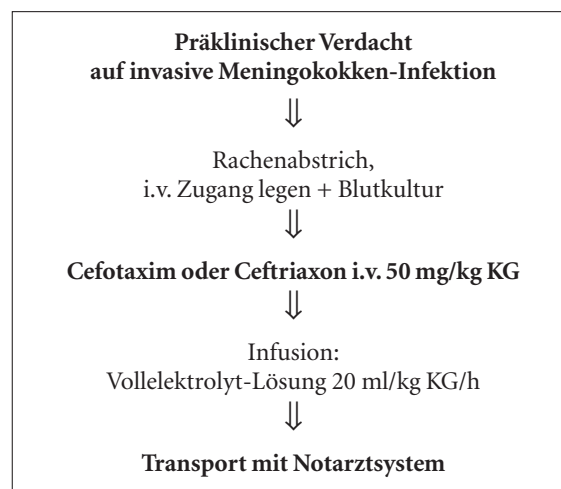


Abb. 3: Präklinische Handlungsleitlinie bei Verdacht auf invasive Meningokokken-Infektion (nach aktueller Version der NICE guideline (National Institute for Health and Clinical Excellence); s.a. www.meningitis.org)¹⁵



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

Inkubation: 1–10 Tage, meist **weniger als 4 Tage** nach Infektion mit einem virulenten Stamm kommt es zu ersten klinischen Erscheinungen.

Infektiosität ist bis 24 Std. nach Beginn einer wirksamen Therapie zu unterstellen.

Die **Inzidenz** ging in Deutschland von etwa **1/100.000 bis zum Jahr 2000** auf derzeit etwa **0,5/100.000** der Gesamtbevölkerung zurück^{2,6,9,10,13}.

In den USA haben sich die Häufigkeitsverteilungen der Erreger in den letzten Jahren verschoben: B, C, Y je zu etwa 30 %, mit Variationen bezüglich Alter, Ort und Zeit.

Typ A ist der Epidemie-Typ weltweit, besonders im Meningitis-Gürtel in Afrika. Bei Mekka-Pilgern wurde 2002 eine Zunahme von Typ W-135 Erkrankungen beobachtet.¹

Invasive Erkrankungen werden vermehrt in den ersten Monaten des Jahres beobachtet, parallel zur saisonalen Influenza^{6,10,11,14}.

40–50 % der Erkrankten sind Säuglinge und Kleinkinder mit einem 1. Altersgipfel um 6–12 Lebensmonate – **in Mitteleuropa** überwiegend mit Typ B –; einen 2. Altersgipfel gibt es bei Jugendlichen im Alter von 15–19 Jahren – überwiegend mit Typ C^{1,2,13,14}.

Die Anzahl der vom **Nationalen Referenzzentrum für Meningokokken (NRZM)** – www.meningococcus.de – in Würzburg (früher in Heidelberg) erfassten Fälle ist in den letzten Jahren annähernd gleich geblieben¹³.



Abb. 4: Kleinkind mit einzelnen kleinen Blutungsherden bei beginnender Meningokokkensepsis



Abb. 5: Kleinkind mit mehreren Blutungsherden bei Meningokokkensepsis

Eine Meningitis wird bei etwa 60 % der Erkrankungen, eine Sepsis bei etwa 1/3, eine Sepsis + Meningitis bei etwa 9 % angegeben. Bei 1/3 der Sepsisfälle entwickelte sich ein Waterhouse-Friderichsen-Syndrom (WFS)¹³ s.u.

Das NRZM gibt die Letalität der gemeldeten Fälle für 2001–2008 für Meningitis mit 2.6 %, für Sepsis o.WFS mit 10 %, für Sepsis mit WFS mit 35.5 % an^{10,13}.

Die **Gesamtletalität** hat sich für Mittel-Europa und Nordamerika mittelfristig wenig verändert, sie **liegt bei etwa 10 %** und geht überwiegend zu Lasten der Sepsis-Fälle mit WFS.

Erhöhte Risiken für invasive Infektionen bestehen bei gleichzeitigen oder unmittelbar vorausgehenden Virusinfektionen, Aktiv- und Passiv-Rauchen, chronischen Grundkrankheiten und niedrigem soziökonomischem Lebensstandard.

Personen mit primärem Komplement-Mangel (besonders C5-C9 Komplement), Splenektomie und vorausgegangenen Influenza-Infektionen haben ein erhöhtes Risiko an einer invasiven Meningokokken-Infektion zu erkranken^{1,2,6,7,11,14}.

Diagnostik

Die frühestmögliche Erkennung einer invasiven Meningokokken-Erkrankung auf Grund klinischer Verdachtssymptome bei noch nicht oder nur gering beeinträchtigtem Allgemeinbefinden kann für einen Patienten mit beginnender Meningokokken-Sepsis lebensrettend sein, da beim Vollbild des WFS in der Regel alle Intensivmaßnahmen die progrediente Endotoxämie oft nicht mehr blockieren können. Es ist daher wichtig, auch diskrete Hautveränderungen so früh wie möglich zu registrieren und richtig zu interpretieren. Sie zu kennen ist bei der geringen Chance, eine solche Diagnose in der Praxis mehrfach zu erleben, dringend notwendig.

Beim geringsten Verdacht meningokokkenbedingter Hautveränderungen, besonders unvermittelt auftretender, auch diskreter Petechien an Armen und/oder Beinen (Abb. 2+3) ist eine **notfallmäßige Einweisung**, u.U. arztbegleitet, und nach telefonischer Voranmeldung in ein Akutkrankenhaus mit allen Möglichkeiten der altersentsprechenden Intensivtherapie und -überwachung dringlich und erlaubt keinen Aufschub^{1,2}; gleichzeitig ist unverzüglich eine bakteriologische Diagnostik mittels Blut- und Liquorkultur erforderlich^{3,7}. Die gezielte Erregerisolierung, -züchtung und typisierung aus sonst sterilem Material (Blut, Liquor, Gelenkpunktat) ist üblicherweise Aufgabe der versorgenden Klinik.

In begründeten Verdachtsfällen sollten auch trotz eventuell vorausgegangener Antibiotika-Gabe (EDTA-) Blut- und Liquor-Proben bzw. die gezüchteten Erregerstämme an das NRMZ (s.o.) weitergeleitet werden, das die Proben kostenlos verarbeitet^{10,13}.

Bei progredienter Sepsis-Symptomatik ist die umgehende Antibiotika-Gabe (s.u.) vor Probenentnahme nicht nur statthaft, sondern indiziert. Eine Erreger-Identifizierung ist später durchaus mittels PCR noch möglich.

Pathogenese und klinische Erscheinungen

Meningokokken können wie andere gramnegative Erreger in den Blutkreislauf gelangen und eine Sepsis hervorrufen. Die Invasion der Erreger in den Blutkreislauf findet meist kurz nach Akquisition eines neuen Stammes statt und wird begünstigt durch einen gleichzeitigen Virusinfekt der Atemwege. Sobald die Erreger das Schleimhautepithel überwunden haben, gelangen sie in den Blutstrom. Durch etwa vorhandene Serumantikörper gegen Meningokokken-Oberflächenantigen kann die Disseminierung blockiert werden. Andernfalls kommt es zur Meningokokkämie, dabei können innerhalb weniger Stunden große Endotoxinmengen freigesetzt werden.

Das Überleben der Meningokokken im Blut wird durch die Polysaccharid-Kapsel begünstigt, die die Phagozyten hindert, die Erreger zu beseitigen.

Die Erreger-Phagozyten-Endothelzell-Komplement Interaktionen führen zur Produktion multipler proinflammatorischer Zytokine einschließlich des Tumornekrose-Faktor- α (TNF- α), Interleukin 1 β (IL 1 β) und IL-8 sowie zur Aktivierung extrinsischer und intrinsischer Gerinnungswege; Progression des Kapillarleck und disseminierte intravaskuläre Gerinnung (DIG) können zu Multi-Organ-Versagen, septischem Schock und in einigen Fällen zum Tod führen¹⁴.

Die **klinischen Erscheinungen** der invasiven Meningokokken-Infektion variieren in Schwere und Ausprägung:



Abb. 6: Hautblutungen im Gesicht und Stammbereich bei perakuter Meningokokkensepsis



Abb. 7: Flächige Hautblutungen im Genital- und Leistenbereich bei perakuter Meningokokkensepsis



Abb. 8: Flächige Blutungen bei Schulkind mit Meningokokkensepsis im Beinbereich



Abb. 9: Flächige Blutungen, Blasenbildung und beginnende Nekrosenbildung im Beinbereich bei Meningokokkensepsis

- **Abrupter Beginn** mit Fieber, Schüttelfrost, schwerem Krankheitsgefühl, Hinfalligkeit, gelegentlich mit einem initialen Ausschlag, makulär, maculopapulär, oder petechial, einhergehend.
- Oft **rapides Fortschreiten** der Hauterscheinungen und der Allgemeinsymptome innerhalb weniger Stunden (Abb. 4-9).
- In Fällen **fulminanter Endotoxinämie (Waterhouse-Friderichsen-Syndrom – WFS)** können sich Purpura, disseminierte intravaskuläre Gerinnung (DIG), Schock, Koma, Tod trotz korrekter, aber zu spät begonnener Therapie entwickeln (Abb. 10-11).
- **Weniger häufig** sind Pneumonie, fieberhafte okkulte Bakteriämie, Konjunktivitis, chronische Meningokokkinämie.
- Als **Komplikation** invasiver Infektionen können Arthritis, Myokarditis, Perikarditis und Endophthalmitis auftreten.

Spätschäden treten in 11–19% der invasiven Meningokokken-Erkrankungen auf als Hörverlust, neurologische Behinderungen, Finger-, Zehen- oder Gliedmaßen-Amputation sowie ausgedehnte Narbenbildungen^{1,14}.



Abb. 10: Komatöser Säugling mit zentralisiertem Kreislauf bei Waterhouse-Friderichsen-Syndrom



Abb. 11: Gleicher Säugling, moribund, „Blick ins Leere“)

Meningokokken-bedingte Hautveränderungen

Initial gelegentlich flüchtige urtikarielle oder makulopapulöse Exantheme.

Die typischen Petechien – flohstichartige Hautblutungen, besonders an den peripheren Hautpartien von Armen und Beinen – treten besonders bei Säuglingen und Kleinkindern in >75 % der Sepsis-Fälle auf und können sich rasch ausbreiten und vergrößern (Abb. 4–9).

Im weiteren Verlauf kann es zu großflächigen, scharf begrenzten Einblutungen in die Haut kommen mit tiefreichenden Nekrosen und späteren Narbenbildungen (Abb. 6–9).

Die fulminante Endotoxinämie kann als **Waterhouse-Friderichsen-Syndrom (WFS)** (Abb. 10 + 11) zum septischen Schock und im Multiorganversagen zum Tode führen:

- Rasches Auftreten diffuser fleckförmiger und großflächiger Hautblutungen, an den Extremitäten stärker als am Stamm lokalisiert. Entwicklung livider Nekrosen, die sich bei den Überlebenden nach einigen Tagen abstoßen und mit tief in die Subkutis reichenden Narben abheilen, gelegentlich werden auch Amputationen peripherer Extremitäten-Anteile erforderlich.
- Schock, Azidose und disseminierte intravasale Gerinnung eher als Komplikation, denn als Ursache des WFS.
- Histologisch finden sich kleine Thromben in den subkutanen Venolen. Dermis und Subkutis sind ödematös und gelockert, blutig imbibierte.
- Hämorrhagische Nekrosen beider Nebennieren mit histologisch nachweisbaren nekrobiotischen Veränderungen der Nebennierenrinden-Zellen
- Interstitielle Myokarditis

Differentialdiagnose

Petechien und Hautblutungen können auch durch andere Bakteriämien verursacht werden. Weiter muss ein toxisches Schocksyndrom, eine allergische Vaskulitis, ein Schönlein-Henoch-Purpura, eine thrombozytopenische Purpura oder eine Leukämie in Betracht gezogen werden.

Auch an Mykoplasmen-Infektionen, Leptospirosen, Lues, Serumkrankheit, hämolytisch-urämisches Syndrom etc. muss in Ausnahmefällen gedacht werden.

Die genannten Differentialdiagnosen lassen sich jedoch durch unterschiedliche Allgemeinerscheinungen und die Verteilung der Hauterscheinungen meist unschwer abgrenzen.

Therapie^{1,2,5,7,10,11,14}

Antibiotische Initialtherapie der Wahl bei (noch) nicht nachgewiesenem Erreger ist ein parenterales Cephalosporin der Gruppe 3 (*Cefotaxim* 200 mg/kg K.-Gew./Tag in 3 Einzeldosen oder *Ceftriaxon*, initial 100 mg/kg K.-Gew./Tag in 1 Einzeldosis, gefolgt von täglich 1 x 75 mg/kg K.-Gew./Tag für jeweils 5–7 Tage^{2,14}). Eine einmal erfolgreich begonnene Cephalosporin-Therapie wird man nur ausnahmsweise auf Penicillin umstellen müssen.

Therapie der Wahl bei Nachweis penicillin-empfindlicher Meningokokken in Blut oder/und Liquor ist *Penicillin G* i.v. 250.000-300.000 IE/kg/Tag als Kurzinfusion in ED alle 4–6 Std. für 5–7 Tage. Meningokokken sind ganz überwiegend voll penicillin-empfindlich, daneben gibt es einen geringen Prozentsatz von intermediär empfindlichen Stämmen, die ebenfalls mit Penicillin G behandelt werden können, und extrem selten einzelne, β -lactamasebildende, penicillinresistente Erreger.

Die Einordnung des Einzelfalls in Sepsis, schwerer Sepsis oder Septischen Schock, erfolgt nach den aktuellen Kriterien der Consensus-Definition für die Pädiatrische Sepsis.

Prophylaxe

Chemoprophylaxe für definierte Kontaktpersonen⁸ eines Indexpatienten^{1,14,10,14}:

Rifampicin für 2 Tage oral:

< 1 Jahr 5 mg/kg/12 Std.

1-12 Jahre 10 mg/kg/12 Std.

> 12 Jahre 600 mg/12 Std.

Erwachsene können unter Beachtung der Risiken auch

Minocyclin oral 2 x tgl. 100 mg für 2 Tage,

Ciprofloxacin oral 1 x 500 mg oder

Ceftriaxon i.m. 1 x 250 mg, < 12 J. 125 mg erhalten.

Die STIKO definiert enge Kontaktpersonen⁸, die ein stark erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen, wie folgt:

- Alle Haushaltsmitglieder
- Personen, bei denen der begründete Verdacht besteht, dass sie mit oropharyngealen Sekreten des Pat. in Berührung gekommen sind,
- Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern < 6 Jahren
- Enge Kontaktpersonen in sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter, z.B. Internate, Wohnheime sowie Kasernen

Immunprophylaxe^{2,4,8,14}

Es gibt inzwischen tetravalente konjugierte (MCV 4) und Polysaccharid-Impfstoffe (MPSV 4) zum Schutz gegen die Typen A, C, Y, und W-135. Gegen den bei Kindern in Mitteleuropa häufigsten Typ B ist bisher kein Impfstoff verfügbar, da die Antigen-Gewinnung, wegen der Gleichheit des Kapselproteins mit dem der humanen Nervenzelle, dies bisher unmöglich machten. Es laufen jedoch verschiedene Studien mit konjugierten Meningokokken-Membran-Vesikel-Impfstoffen der Gruppe B^{3,12}.

Zusätzlich zur Chemoprophylaxe sollen **Kontaktpersonen** eine Impfung erhalten, wenn der Ausbruch durch einen impfpreventablen Typ (A, C, Y, W-135) verursacht wurde:

Erwachsene+ Kinder >10 J. erhalten eine Dosis eines konjugierten, tetravalenten Meningokokken-Impfstoffes (MCV4), akzeptabel für diese Altersgruppe ist auch der tetravalente Polysaccharid-Impfstoff MPSV4.

Für Kinder von 2–10 J. ist eine Dosis der MPSV4 Vakzine vorzuziehen.

Die allgemeine Impfung mit MCV 4, der auch in Deutschland seit April 2010 zugelassen ist, wird in den USA für das Alter von 11–19 J. empfohlen, sonst nur bei erhöhtem Risiko.

In Deutschland empfiehlt die STIKO⁸ (www.rki.de) seit 2006 die allgemeine Impfung mit einem konjugierten monovalenten Meningokokken-C-Impfstoff für alle Kinder ab Beginn des 2. Lebensjahr, mit Nachholimpfung aller älteren Kinder und Jugendlichen.

Bezüglich der Impfung gefährdeter Personenkreise sei auf die jährlichen STIKO-Empfehlungen verwiesen.

Dabei ist zu beachten, dass für Säuglinge und Kleinkinder bisher kein Schutz gegen die hier vorherrschenden B-Meningokokken möglich ist. Sobald ein konjugierter Meningokokken B-Membran-Vesikel-Impfstoff auf der Basis der reversen Vakzinologie³ zugelassen ist, wird dies auch von der STIKO kommentiert werden.

Für den bezahlbaren (ca. 0,5 US\$/Dosis) Impfschutz der Bevölkerung des Meningitis-Gürtels im Subsahara-Afrika wurde kürzlich ein Meningokokken-A-Impfstoff zugelassen (www.who.org).

Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz besteht für Erkrankungsverdacht, Erkrankung und Tod an Meningokokken-Meningitis und -Sepsis sowie Erregernachweis aus sonst sterilem Untersuchungsmaterial^{2,10}.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift für den Text:

Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
E-Mail: hehelwig@web.de

Korrespondenzanschrift für die Abbildungen:

Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Dittmarstr. 54
74074 Heilbronn
E-Mail: Hj.Cremer@t-online.de
NipD e.V. (www.hautmet.de)

Red.: Christen

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
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

Meningokokken – durch neue Impfstoffe bald besiegt?

Meningokokken-Erkrankungen sind weltweit verbreitet. Schwere Epidemien werden insbesondere von den Ländern im Meningitisgürtel Afrikas berichtet. In Nord- und Südamerika, Europa, Australien und einigen anderen Ländern treten Erkrankungen vorwiegend endemisch mit einer Inzidenz von 1–10/100.000 der Bevölkerung auf. Die auch unter moderner Therapie hohe Letalität von ~10 % sowie schwere Folgen machen Meningokokken-Erkrankungen weltweit zu einem wichtigen Gesundheitsproblem [1].

Klinisch bedeutsam sind vorrangig die Meningokokken-Sepsis und die -Meningitis. Die Letalität der Sepsis ist hoch (bis 50 %). Die Prognose hängt vor allem von der Frühdiagnose, frühzeitiger Antibiotikagabe sowie intensiv-medizinischer Behandlung ab. Spätschäden septischer Erkrankungen reichen von begrenzten Nekrosen bis zu extensiver Gangrän von Akr en und Gliedmaßen mit Amputation des befallenen Körperteils. Die Meningitis verläuft meist weniger dramatisch und ist therapeutisch besser beeinflussbar (1–3 % Letalität im Kindesalter). Im höheren Alter steigt die Letalität an. Bei einem Teil der Meningitiden kommt es zu zentralnervösen Spätschäden, in 3 % zu Innenohrschädigung mit resultierender Taubheit [1].



Prof. Dr. Sieghart Dittmann

Dr. Wolfram Hartmann

Serogruppenverteilung

Die unterschiedliche Struktur der Kapselpolysaccharide erlaubt die Unterscheidung in mindestens zwölf verschiedene Serogruppen (A, B, C, E29, H, I, K, L, W₁₃₅, X, Y, Z). Die Mehrzahl der klinischen Erkrankungen ist den Serogruppen A, B und C sowie in geringerem Umfang den Serogruppen W₁₃₅ und Y geschuldet. Epidemien verursachen Erreger der Serogruppen A, B und C; im Jahr 2002 kam es erstmals zu einer schweren W₁₃₅-Epidemie in Burkina Faso mit 12.000 Erkrankungen und 1.500 tödlichen Verläufen. Die größten und explosivsten Epidemien verursacht MenA in Afrika, MenA dominiert auch die asiatische epidemiologische Lage [Abb.1] [1].

Europäische Situation

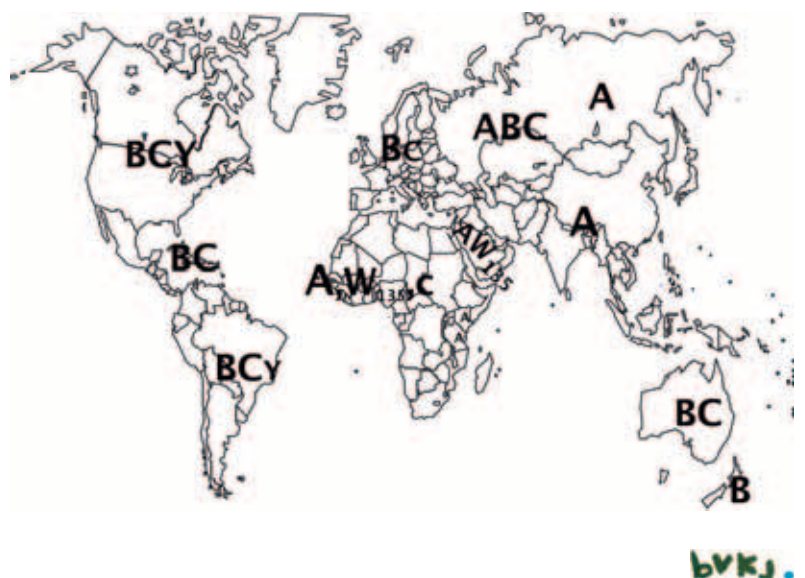
In Europa dominierten bis in die 1990er-Jahre MenB- und MenC-Erkrankungen (≥ 90 %; ~60% B, ~30% C). Die überwiegende Anzahl der Erkrankungen trat bei <20-Jährigen auf mit besonderer Betonung der sehr jungen Kinder und danach der Jugendlichen von 15 bis 19 Jahren. Während die Situation bei MenB-Erkrankungen in der Mehrzahl der Altersgruppen weitgehend unverändert blieb, liegt jetzt der Anteil von MenC-Erkrankungen in den Ländern mit erfolgreich etablierten MenC-Impfprogrammen unter 5% (Belgien, Großbritannien, Irland, Island, Niederlande). Erkrankungen durch die Serogruppen A, W₁₃₅ und Y sind gegenwärtig selten (zusammen <10%). Allerdings hat sich beispielsweise in England und Wales die Zahl der MenY-Erkrankungen von 2007 zu 2009 nahezu verdoppelt (von 34 auf 62 Erkrankungen, 38 der 62 Erkrankungen bei ≥ 45-Jährigen) [1].

Situation in Deutschland

Die Inzidenz der Erkrankungen (gemeldete Erkrankungen plus ~10% Untererfassung) ist in den letzten Jahren rückläufig und liegt 2007/2008 bei ~0,65/100.000 Einwohner. Bei <20-Jährigen treten 67% der Erkrankungen auf. Die Letalität der Erkrankungen betrug von 2001–2008 für MenB 8.4%, für MenC infolge des größeren Anteils septischer Verläufe ~11%. Diese höhere Letalität von MenC betrifft alle Altersgruppen.

Die Serogruppen B und C dominierten in den Jahren 2001 bis 2008 mit 94%, 6% der Isolate entfielen auf die Serogruppen A, W₁₃₅ und Y sowie auf seltene Serogruppen oder nicht typisierte/nicht typisierbare Isolate [1,2].

Abb. 1: Serogruppen-Verteilung von *N. meningitidis*: A, B, C, W₁₃₅, Y



Impfstoffentwicklung und Impfstrategien

Polysaccharid-Impfstoffe gegen durch Meningokokken der Serogruppe A, C, W₁₃₅, Y verursachte Erkrankungen (bivalente AC¹⁾- und tetravalente ACW₁₃₅Y²⁾-Impfstoffe) werden seit Jahrzehnten angewendet, in Afrika seit dem epidemischen Auftreten von MenW₁₃₅ auch ein trivalenter ACW₁₃₅-Impfstoff. Polysaccharide induzieren eine T-Zell-unabhängige Immunantwort. Insbesondere der daraus resultierende ungenügende Schutz vor schweren invasiven bakteriellen Erkrankungen des jungen Kindes ist einer der großen Nachteile von Polysaccharid-Impfstoffen. Sie sind vorläufig noch induziert zur Epidemie-/Ausbruchskontrolle, insbesondere in Ländern, in denen aus Kostengründen noch kein Konjugatimpfstoff verwendet werden kann, sowie im Rahmen von Reiseimpfungen für Personen unter elf Jahren, für die bisher kein Konjugat-Impfstoff zugelassen ist. Abb. 2 stellt die entscheidenden Unterschiede des T-Zell-unabhängigen Polysaccharid- und des T-Zell-abhängigen Konjugatimpfstoffs zusammen.

Abb. 2: Vorteile von Konjugat- gegenüber Polysaccharid-Impfstoffen

Eigenschaften	Konjugat (Protein)	Polysaccharid (Saccharid)
T-Zell-abhängige Immunantwort	+	-
gute Immunogenität auch bei Säuglingen und Kleinkindern	+	-
Aufbau eines immunologischen Gedächtnisses	+	-
verlängerte Schutzdauer	+	-
Reduktion der Trägerrate	+	-
Aufbau einer „herd immunity“	+	-
Hyporesponsiveness: verminderte Immunantwort bei wiederholter Impfung	-	+

MenC-Konjugatimpfstoffe

Erste Meningokokken-Konjugatimpfstoffe (Serogruppe C) wurden 1999 in Großbritannien zugelassen und in einem sehr erfolgreichen Routine-Impfprogramm angewendet. Das britische Impfprogramm für Kinder und Jugendliche im Alter von zwei Monaten bis

zum 18. Lebensjahr reduzierte MenC-Erkrankungs- und Todesfälle binnen weniger Jahre dramatisch [3]. Das Programm wurde zum Vorbild für andere westeuropäische und weitere Länder. Dem Vorgehen Großbritanniens folgend, begannen einige Länder die Impfung auch ab einem Alter von zwei Monaten, während Belgien, die Schweiz und Deutschland sich das Vorgehen der Niederlande mit einem Impfbeginn ab einem Alter von zwölf Monaten zum Vorbild nahmen. Wesentlich für den Erfolg aller Programme ist die Ausweitung der Impfung bis zum Jugendlichenalter. Gegenwärtig haben zwölf Länder unseres Kontinents sowie Australien, Kanada und die USA allgemeine Meningitis-Impfprogramme eingeführt, in einigen Ländern ebenfalls mit hoher Effektivität (Abb. 3) [4].

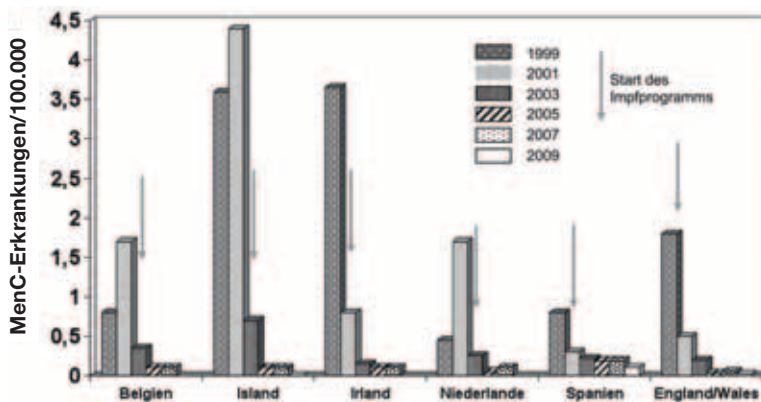
Aktuell sind MenC-Konjugat-Impfstoffe von drei Herstellern³⁾⁴⁾⁵⁾ auf dem Markt, die sich durch das Trägerprotein (CRM₁₉₇, eine atoxische Mutante des Diphtherietoxins oder Tetanustoxoid) unterscheiden.

Hinsichtlich der Koadministration von MenC-Konjugatimpfstoffen mit anderen Impfstoffen hat die Diskussion der Vorjahre zur möglichen negativen Beeinflussung von MenC-Impfstoffen und Pneumokokken-Konjugat- oder hexavalenten Kinder-Impfstoffen zur Verunsicherung der Ärzte geführt. Eine groß angelegte Vergleichsstudie in England konnte 2009 weitgehende Entwarnung geben [5].

Mit breiter internationaler Unterstützung (Meningitis Vaccine Project, MVP) wurde der preiswerte MenA-Konjugatimpfstoff MenAfriVacTM im Serum Institute of India entwickelt und produziert. Die klinischen Erprobungen bestätigten seine gute Immunogenität und Sicherheit. Im Juni 2010 wurde dem Impfstoff von der WHO bescheinigt, dass er den empfohlenen WHO-Standards entspricht und im Dezember 2010 wurde die Impfkampagne für zwölf Millionen Menschen in Burkina Faso begonnen. Unter der Voraussetzung einer Sicherung der Finanzierung sind bis zum Jahr 2015 Impfprogramme für 450 Millionen Menschen in 25 Ländern des afrikanischen Meningitisgürtels geplant [6].

Anfang 2005 wurde von der Food and Drug Administration (FDA) der tetravalente Konjugatimpfstoff Menactra^{®6)} (A, C, W₁₃₅, Y) für 11- bis 55-Jährige zugelassen; im Oktober 2007 wurde die FDA-Zulassung auf die Altersgruppe der 2–10-Jährigen erweitert. 2010 erhielt ein weiterer tetravalenter Meningokokken-Konjugat-Impfstoff (Menveo^{®7)} die Zulassung der FDA. Dieser Impfstoff wurde ebenfalls 2010 von der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA für Jugendliche ab elf Jahren und Erwachsene lizenziert und ist damit der erste in den Ländern des EU-Raums verfügbare tetravalente Konjugatimpfstoff. Immunogenitätsvergleiche von tetravalentem Konjugat- versus PS-Impfstoff (Abb. 4) sowie von zwei verschiedenen tetravalenten Konjugatimpfstoffen (Abb. 5) bestätigen die ausgezeichnete Immunogenität von Menveo^{®7)} [7,8].

Zur Immunogenität und zum immunologischen Gedächtnis dieses Impfstoffes im Säuglingsalter sowie bei Krabblern und Kindern bis zum zehnten Lebensjahr lie-



Aktualisierter Stand 2009. Nach [4]

Abb. 3: Effektivität von Impfprogrammen mit MenC-Konjugatimpfstoffen in europäischen Ländern (1999–2009)

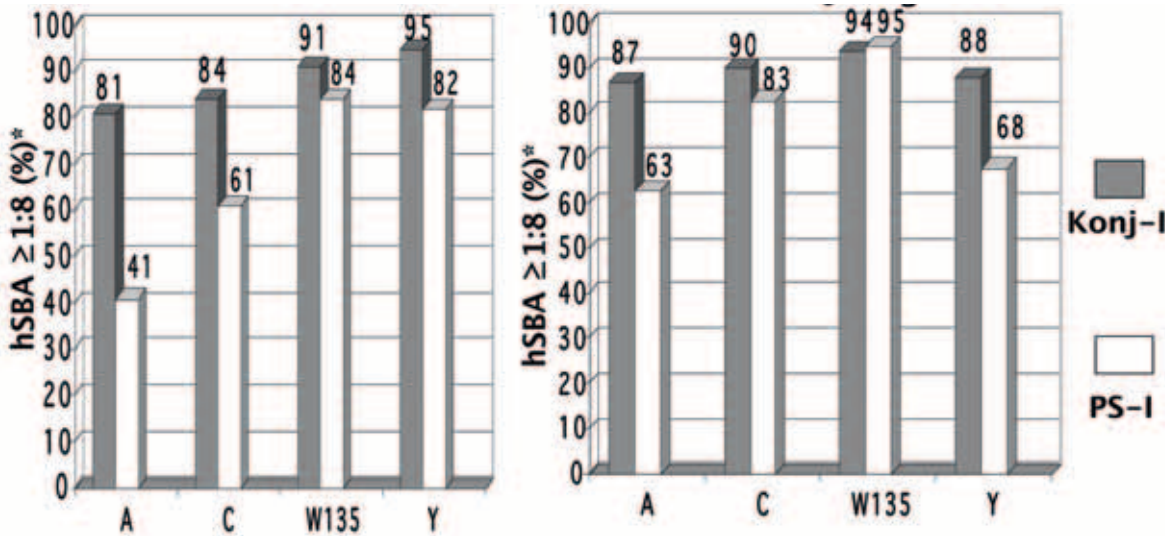


Abb. 4: Immunogenitätsvergleich tetravalenter A, C, W135, Y-Impfstoffe, Konjugat-Impfstoff versus Polysaccharid-Impfstoff

* Prozentsatz der Geimpften mit einem hSBA-Titer $\geq 1:8$ (Serumbakterizidietest-serum bactericidal assay unter Verwendung humanen Komplements)

EMA Zulassungsunterlagen 2010

gen jetzt ebenfalls aussagekräftige Daten vor [9-12]. Der Hersteller hat auf dieser Grundlage den Antrag auf Erweiterung der Zulassung von 2–10 Jahren bei der FDA eingereicht und wird ebenfalls die ergänzende Erweiterung der Zulassung ab dem Säuglingsalter beantragen. Ein analoges Vorgehen des Antrags auf Zulassungserweiterung ab dem Säuglingsalter an die EMA ist für das 2. Quartal 2011 vorgesehen.

Zwei weitere tetravalente Konjugatimpfstoffe befinden sich in klinischer Erprobung, Nimerix[®] und TetraMen-T[®].

Optionen für MenB-Impfstoffe

Bisherige Entwicklungen von Meningokokken-Impfstoffen basierten auf den Polysacchariden der Kapsel. Dieser Weg führt bei MenB zu unzureichender Immunantwort. Ferner besteht der Verdacht, MenB-Polysaccharide könnten autoreaktive Antikörper induzieren, da sie eine mit fötalem Nervengewebe identische Struktur aufweisen.

Alternative Wege zur Entwicklung eines MenB-Impfstoffs wurden zuerst in Norwegen und später in Kuba mit OMV (outer membrane vesicle)-Vakzinen erfolgreich beschritten. Die Wirksamkeit ist in der sehr seltenen Situation gegeben, wenn in einer Region/einem Land nur ein einzelner MenB-Subtyp epidemisch prävalent ist, auf welchen ein Impfstoff speziell zugeschnitten werden kann. Dies gelang kürzlich erneut (2004–2007) mit einem Subtyp-spezifischen MenB-Impfstoff zur Kontrolle einer Epidemie in Neuseeland [13]. Bisher ist es dagegen nicht gelungen, einen effektiven OMV-Impfstoff mit breiter Abdeckung der weltweit zirkulierenden MenB-Subtypen zu entwickeln.

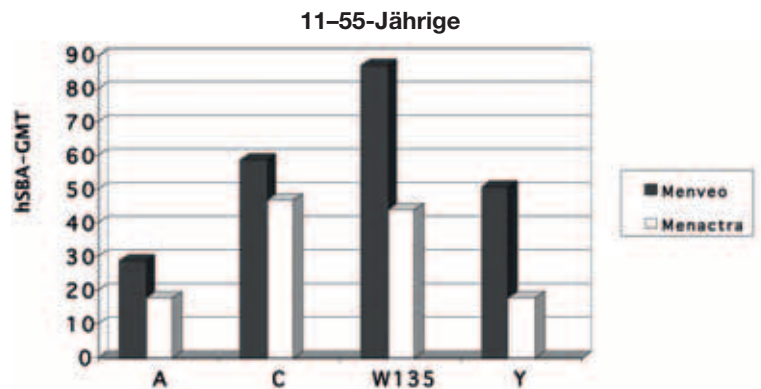
Neue Wege eröffnete die *reverse Vakzinologie*. Diese Methode setzt nicht am kultivierten Bakterium, sondern am Genom des Erregers an. Ausgangspunkt war die Genom-Sequenzierung von *Neisseria meningitidis* Sero-

gruppe B Stamm MC58. Die genom-basierte Methode führte bisher zu zwei aussichtsreichen Impfstoff-Entwicklungen [14-17].

Der Mehrfachkomponenten-Kandidatenimpfstoff 4CMenB¹⁰⁾ enthält vier Komponenten: tetra die zwei rekombinanten Fusionsproteine

- GNA2132 (oder Neisserial heparin-binding antigen-NHBA) fusioniert mit GNA1030 (genome-derived Neisserial antigen)
- GNA2091 fusioniert mit fHbp (Faktor H binding protein), sowie
- Neisserial adhesin A (NadA) und
- outer membrane vesicles (OMV) des Meningokokkenstamms NZ98/254.

Die jeweiligen Bestandteile der Fusionsproteine und NadA wurden aus dem Genom des Erregers identifiziert; die NZ98/254 OMV-Komponente wurde als effektiver Impfstoff in Neuseeland eingesetzt.



FDA: Menveo-Zulassungsstudien

(hSBA-GMT: Mittlerer Geometrischer Titer im Serumbakterizidietest – serum bactericidal assay – unter Verwendung humanen Komplements)

Abb. 5: Immunogenitätsvergleich zweier 4-valenter Konjugat-Impfstoffe – Menveo[®] versus Menactra[®]

Meningokokken-Erkrankungen sind weltweit gefürchtet. Aktuelle Impfstoffentwicklungen erlauben die Vision einer Kontrolle der Krankheit

Ergebnisse klinischer Studien für unterschiedliche Altersgruppen liegen bisher einschließlich der Phase III vor [18-20]. Die letztere Studie bezog 3630 Säuglinge europaweit ein. Das Impfschema beinhaltete drei Impfungen im Alter von 2,4 und 6 Monaten. Einen Monat nach der 3. Impfung wurde die Immunogenität bewertet; ein hSBA-Titer von $\geq 1:4$ gilt als protektiv (Antikörperbestimmung im Serumbakterizidietest – serum bactericidal assay – unter Verwendung humanen Komplements). Die Serokonversionsraten der Impfstoffkomponenten betragen 100%, 84% und 100%. Bei drei unterschiedlichen Impfstoffchargen wurden konsistente Immunantworten verzeichnet und dies auch bei der Koadministration mit anderen Kinderimpfstoffen [20]. Sieben Tage nach jeder Impfung war die Inzidenz der Nebenreaktionen bei alleiniger Anwendung und simultaner Verabreichung mit anderen Kinderimpfstoffen vergleichbar. Fieberreaktionen waren bei simultaner Verabreichung häufiger, meist moderate und kurz dauernde Temperaturerhöhung, die bei 95% der Impflinge binnen 24–48 Stunden abklang [21].

Die Ergebnisse dieser Phase-III-Studie wurden zusammen mit den Daten weiterer Studien an insgesamt 7500 Probanden Grundlage des Zulassungsantrags für 4CMenB (unter dem vorgesehenen Handelsnamen Bexsero®) vom Dezember 2010 an die Europäische Arzneimittelzulassungsbehörde European Medicines Agency (EMA) (22). Internationale Beobachter der Impfstoffentwicklung und des zugehörigen Marktes halten eine Impfstoffzulassung im Jahre 2011 für möglich.

Der rekombinante bivalente Kandidatenimpfstoff rLP086⁽¹⁾ basiert auf rekombinanten fHbp-Lipoproteinen (Anmerkung: der oben besprochene Kandidatenimpfstoff 4CMenB enthält als eine der 4 Komponenten ein rekombinantes fHbp-Lipoprotein). Bisher wurden in verschiedenen Altersgruppen klinische Erprobungen der Stufe II durchgeführt. Die Immunität (hSBA-Titer von $\geq 1:4$ gegen unterschiedliche Meningokokkenstämme) wurde jeweils ein Monat nach der 2. und 3. Impfung bestimmt. Einen Monat nach drei Impfungen wurden bei Erwachsenen hSBA-Titer $\geq 1:4$ von 94% registriert. Die Impfungen wurden gut vertragen, lediglich milde bis moderate lokale und Allgemeinreaktionen traten auf [23, 24].

Offen ist, ob die bisher identifizierten Proteinantigene eine über MenB hinausgehende Wirksamkeit vermitteln.

Bisher liegen auch keine Studien zu einer möglichen „herd immunity“ durch MenB-Impfstoffe vor.

Gegenwärtige Impfstrategie in Deutschland

MenC-Impfung

Im Jahre 2006 empfahl die STIKO die Impfung mit Meningokokken-Konjugat-Impfstoff der Serogruppe C für alle Kinder im zweiten Lebensjahr. STIKO-Empfehlungen und auf deren Grundlage die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beinhalten ferner, dass die Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes, bei Jugendlichen spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,

zum Leistungsanspruch Versicherter gehören. Das gilt auch für die MenC-Impfung. Daneben gelten die Empfehlungen für die Impfung von Risikopersonen fort.

Seit 2006 ist ein deutlicher Anstieg von MenC-Impfungen zu verzeichnen. Es ist einzuschätzen, dass bisher etwa zwei Drittel der 2–3-jährigen Kinder geimpft wurden, danach die Impfraten jedoch deutlich abfallen. Nur etwa 15–20% der älteren Schulkinder und Jugendlichen sind durch Impfung geschützt. Die Impflücke Jugendlicher ist besonders bedeutsam, da auf diese Altersgruppe 23% aller MenC-Erkrankungen entfallen und dies mit einer Sterblichkeit von über 10%.

Beim Vergleich der Jahre 2001–2004 (MenC-Anteil zwischen 21–32%) fällt bei den 1–3-jährigen Kindern 2007/2008 ein erheblich niedrigerer MenC-Anteil von 12–13% auf. Es könnte sich dabei um erste Auswirkungen des Routineimpfprogramms handeln. Zu vermerken ist, dass 90% aller Impfungen durch Kinder- und Jugendärzte durchgeführt wurden und lediglich die Impfungen von älteren Schulkindern und Jugendlichen zu 15% von den Hausärzten. Für die MenC-Impfung besteht noch ein sehr großer Nachholbedarf. Ausgehend von den Erfahrungen erfolgreicher Impfprogramme ist eine 80%ige Impferfassung der jungen Kinder anzustreben und eine ebenfalls hohe Impferfassung bis zum Jugendlichenalter. Nur dies gewährleistet auch die erforderliche „herd immunity“. Studien weisen zudem nach, dass die Impfung im Schul- und Jugendlichenalter sowohl zu längerer Antikörperpersistenz als auch zu höheren geometrischen Mittelwerten führt [25].

Anwendung tetravalenter Konjugatimpfstoffe

Zu Beginn des Jahres 2010 sprach die EMA die Zulassung eines tetravalenten MenACW₁₃₅Y-Konjugatimpfstoffs⁽⁷⁾ für ≥ 11 -Jährige aus. Der Impfstoff ist von der STIKO insbesondere empfohlen bei Reiseimpfungen in gefährdete Gebiete, für Schüler und Studenten vor Langzeitaufenthalten in Ländern mit empfohlener Impfung für Jugendliche oder selektiver Impfung für Schüler/Studenten, vor einer Pilgerreise, bei Ausbrüchen mit im Impfstoff enthaltenen Serotypen, bei bestimmten Immundefizienzkrankheiten und für gefährdete Beschäftigte in mikrobiologischen Laboratorien. Der Konjugatimpfstoff ersetzt für diese Indikationen die bisherigen Polysaccharidimpfstoffe [26]. Eine „Reisemedizinische Konsensempfehlung“ stimmt im Kern mit der STIKO-Empfehlung für Reisen überein, geht auf Reiseziele und spezielle Indikationen etwas detaillierter ein [27].

Kinder im Alter von 2–10 Jahren erhalten bei den oben angegebenen und für sie zutreffenden Indikationen Polysaccharid-Impfstoff oder es wird der mit MenC-Konjugatimpfstoff begonnene Schutz mit Polysaccharid-Impfstoff erweitert, entweder im 2. Lebensjahr oder im Mindestabstand von zwei Monaten.

Der Hersteller hat bei der FDA bereits die Erweiterung der Zulassung von 2–10 Jahren eingereicht und wird in Kürze die Zulassung auch für die Altersgruppe ab zwei Monaten beantragen. Es ist zu erwarten, dass diese Zulas-

sungserweiterungen auch demnächst bei der EMA beantragt werden. Schon jetzt ist in Großbritannien die „off-label“-Anwendung bei bestimmten Indikationen von <11-Jährigen empfohlen [28].

Impfstrategien der Zukunft

Konjugatimpfstoffe werden Polysaccharidimpfstoffe vollständig ablösen, tetravalente Konjugatimpfstoffe sind bei Reisenden und speziellen Indikationen von ≥ 11 -Jährigen bereits jetzt absolut indiziert. Auch bei Nachholimpfungen sollten monovalente gegen tetravalente Konjugat-Impfstoffe abgewogen werden. Mittelfristig zu erwarten ist die Empfehlung einer Auffrischung des im zweiten Lebensjahr erworbenen MenC-Impfschutzes; tetravalenter Impfstoff erscheint dann angebracht. Die Einführung tetravalenten Impfstoffs für die Grundimmunisierung hängt von der zukünftigen Entwicklung der Serogruppenverteilung ab.

Der Schutz vor MenB-Erkrankungen ist insbesondere für Europa und Amerika prioritär. Die Einfügung eines zugelassenen MenB-Impfstoffs in den Impfkalender erscheint möglich. Das Nebeneinander von mono- und tetravalenten Konjugat- sowie rekombinanten B-Impfstoffen kann nur eine Übergangslösung sein. Kombinationen wie A,B,C,W₁₃₅,Y-Impfstoffe oder rekombinante Protein-Impfstoffe mit breiter Serogruppen-Abdeckung sind längerfristig alternativlos.

Impfstoffe

- 1) Meningokokken-Impfstoff A+C Mériex® (Zulassungsinhaber Sanofi Pasteur MSD)
- 2) Mencevax® ACWY (Zulassungsinhaber Glaxo SmithKline)
- 3) Meningitec® (Zulassungsinhaber Wyeth – Pfizer)
- 4) Menjugate® Kit (Zulassungsinhaber Novartis Vaccines and Diagnostics)
- 5) NeisVac-C™ (Zulassungsinhaber Baxter Healthcare Limited)
- 6) Menactra® (Zulassungsinhaber Sanofi Pasteur)
- 7) Menveo® (Zulassungsinhaber Novartis Vaccines and Diagnostics)
- 8) Nimerix (Entwicklung GlaxoSmithKline)
- 9) TetraMen-T (Entwicklung Sanofi Pasteur)
- 10) 4CMenB (Entwicklung: Novartis Vaccines and Diagnostics) zur Zulassung bei der EMA eingereicht unter vorgesehenem Handelsnamen Bexsero®
- 11) rLP086 (Entwicklung: Wyeth – Pfizer)

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Prof. Dittmann hat auf von den Meningokokken-Impfstoff-Herstellern Baxter, GlaxoSmithKline, Novartis und Wyeth organisierten oder unterstützten Meetings Vorträge zur Meningokokkenprävention gehalten.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Sieghart Dittmann
Hatzenporter Weg 19, 12681 Berlin
E-mail: sd.internat.immun.consult@t-online.de

Dr. Wolfram Hartmann
Im Wenigen Bruch 5, 57223 Kreuztal
E-mail: dr.w.hartmann-kreuztal@t-online.de

Red.: Riedel

Der besondere Fall ●●●

Immunkomplexreaktion: ungewöhnliche Ursache einer ausgeprägten pulmonalen Symptomatik

Im Rahmen der Abklärung unklarer pulmonaler Symptome wird der konsultierte Kinder- und Jugendarzt immer auch eine mögliche allergische Genese im Blick haben. Der hier vor gestellte Fall illustriert, dass gelegentlich auch nicht-IgE-vermittelte Reaktionen als Ursache einer ausgeprägten Lungenfunktionsstörung in Betracht zu ziehen sind.



Marc Hertel

Patientin

13 Jahre altes Mädchen, viertes von fünf Kindern gesunder Eltern. Die Patientin ist nie ernsthaft krank gewesen, Allergien sind nicht bekannt. Das Mädchen raucht nicht, auch im Haushalt wird nicht geraucht. Die Familie hält eine Katze, einen Hund, einen Hamster, Wellensittiche und Lachtauben; alle Haustiere leben seit mindestens einem Jahr in der Familie. Im Schlafraum der Patientin werden keine Tiere gehalten, Kontakt besteht nur zu Katze und Hund; die Tauben sind in einem Verschlag außerhalb des Wohnhauses untergebracht. Unauffällige Familienanamnese, insbesondere keine Atopien, Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen.

Aktuelle Anamnese und Vorbefunde

Fünf Wochen vor der stationären Aufnahme erstmals hartnäckiger Husten. Anfangs vereinzelt, im Verlauf jedoch zunehmende Atemnot, zuletzt schon bei leichter Belastung, z. B. Treppensteigen über eine Etage. Die Hustenanfälle werden wegen des zähen Sekretes und der Dauer als quälend empfunden.

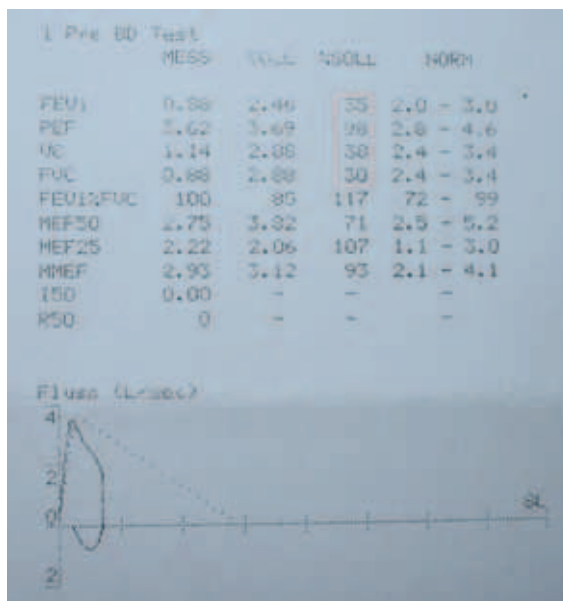


Abb. 1: Spirometrie des Hausarztes (Tag 7)

Erste hausärztliche Konsultation

(Tag 7 der Erkrankung):

Spirometrie mit deutlich reduzierter Vitalkapazität (VC) und forcierter Einsekundenkapazität (FEV₁) bei erhaltenem Peakflow (PEF) (Abb. 1). Unter Verdacht auf eine bakterielle Pneumonie wird Penicillin V verordnet.

Zweite hausärztliche Konsultation (Tag 23):

Unauffälliges Routinelabor: Hb 14,7 g/dl, Leukos 7.000/μl (61% Neutrophile, 19% Lymphozyten, 3% Eosinophile); CrP negativ. Bei nun vermuteter Pneumonie mit atypischen Erregern, z. B. Mykoplasmen, erfolgt die Umstellung auf Azithromycin.

HNO-Ärztliche Vorstellung (Tag 28):

Beidseitige Sinusitis maxillaris, Nasenseptumdeviation und Nasenmuschelhyperplasie. Die Befunde werden jedoch nicht als ursächlich für die Symptomatik angesehen. Eine weitere pneumologische Abklärung zum Abschluss eines Belastungsasthmas wird empfohlen.

Internistischer Pneumologe (Tag 29):

Röntgen-Thorax mit (anamnestisch) unauffälligem Befund; eine nicht näher bezeichnete Lungenfunktionsprüfung sei aber auffällig gewesen. Ein Befund liegt nicht vor, allerdings erfolgt nun die stationäre Einweisung zur weiteren Abklärung.

Aufnahmebefunde (Tag 36):

Patientin in reduziertem AZ mit Nasenflügeln in Ruhe sowie Husten und Kurzatmigkeit unter leichter Belastung. Keine thorakalen Einziehungen, allerdings ist eine tiefe Inspiration nicht möglich. Über der Lunge abgeschwächtes Atemgeräusch sowie inspiratorisches „Glucksen“. Übrige körperliche Untersuchung unauffällig. Vitalparameter stabil: RR 115/80 mmHg, Puls 104/min, O₂-Sättigung 94%, Temperatur 37,0°C, Länge und Gewicht jeweils 50. Perzentile. Labor: Hb 15,2 g/dl, Leukos 6.900/μl (52% Neutrophile, 24% Lymphozyten, 9% Eosinophile, 15% Monozyten); CrP negativ. Blutgasanalyse: pH 7,37, pCO₂ 44 mmHg, BE +1mmol/l. BSG nicht durchgeführt. Normwerte für Serumelektrolyte, Leber- und Nierenfunktionsparameter. Gesamt-IgE

5,3 U/ml (Norm <100). RAST auf inhalative Allergene negativ, spezifisches IgE gegen Tauben- und Wellensittichfedern und -kot negativ. Mykoplasmen- und Chlamydienserologie negativ. GT2-Test negativ. Pilocarpin-Iontophorese 5 mmol NaCl-Aequivalent, damit unauffällig.

In der Bodyplethysmographie zeigte sich nun eine schwere kombinierte restriktive und obstruktive Ventilationsstörung. Im Vergleich zur Voruntersuchung vier Wochen vorher jetzt auch mit reduzierter Totaler Lungkapazität (TLC) und Peakflow (Abb. 2 und Abb. 3).

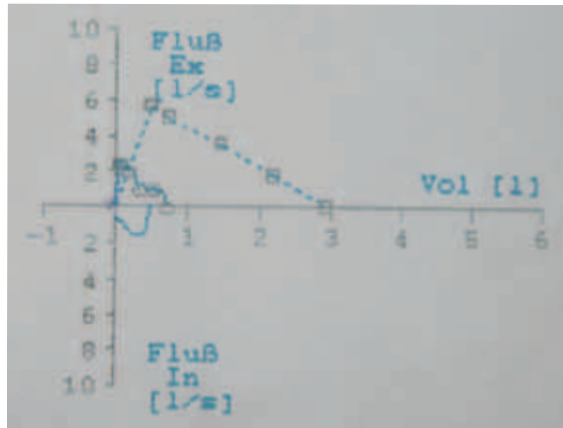


Abb. 2: Fluss-Volumen-Kurve (Aufnahme, Tag 36)

	Soll	Ist	Ist/Soll
ITGV	1,94 l	1,18 l	61%
RV	0,97 l	1,1 l	114%
TLC	3,95 l	1,98 l	50%
FVC	2,95 l	0,71 l	24%
PEF	5,7 l/s	2,5 l/s	44%
MEF ₅₀	3,5 l/s	1,1 l/s	31%

Abb. 3: Bodyplethysmographie (Aufnahme, Tag 36)

Die Kontrolle des Röntgen-Thorax (zehn Tage nach der ambulanten Erstaufnahme) ergab nun den Befund „*ubiquitärer, kleiner, unscharf begrenzter retikulärer Verschattungen und angedeuteter Milchglstrübungen der Mittel- und Unterfelder, vermutlich im Rahmen einer Pneumonitis*“ (Abb. 4).

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch ist zwischen akuten, subakuten und chronischen Formen der Pneumonitis zu unterscheiden. Die akuten Formen sind Folgen viraler (Röteln, Masern, Varizellen) oder bakterieller (Mykoplasmen, Chlamydien, Rickettsien, Pertussis) Infektionen. Neben der infektiösen Genese ist das „organic dust toxic syndrome“ (v. a. Endotoxine) zu berücksichtigen. Die weiteren Ursachen einer akuten Pneumonitis ließen sich in unserem Fall aufgrund des Alters (koninatale Struktur-



Abb. 4: Röntgen-Thorax a.p. (Tag 38)

störungen des Surfactantproteins) oder anamnestisch (toxische Pneumonitis durch Bestrahlung, Magensäureaspiration oder Medikamente wie Nitrofurantoin oder Methotrexat) rasch ausschließen.

Die subakuten Formen umfassen granulomtöse Lungenerkrankungen (Tuberkulose, Sarkoidose, Histoplasmose), Autoimmunerkrankungen (systemischer Lupus erythematodes, Sklerodermie) oder die Eosinophilenpneumonie. Wegen der bemerkenswerten Haustierdichte im Umfeld unserer Patientin ist auch eine Hypersensitivitätspneumonitis (früher: exogen allergische Alveolitis) zu diskutieren. Organisierende Pneumonien (kryptogen, Bronchiolitis obliterans) stellen auch im Erwachsenenalter eine Rarität dar und waren als Ursache der Pneumonitis unserer Patientin unwahrscheinlich.

Chronische Verlaufsformen einer Pneumonitis treten idiopathisch (Hamann-Rich-Syndrom) oder in Zusammenhang mit Bronchopulmonaler Dysplasie oder Immundefektsyndromen (HIV) auf. Die vergleichsweise kurze Anamnese unserer Patientin ließ jedoch keine chronische Pneumonitis vermuten.

Die unter Berücksichtigung von Anamnese, Lebensalter und vorliegenden Befunden für diese Patientin relevanten Differenzialdiagnosen und die sich daraus ergebenden weiteren diagnostischen Maßnahmen sind in (Tab. 1) zusammengefasst.

Da eine Nachbesserung der Anamnese den im Vergleich zur anstehenden weiteren laborchemischen und apparativen Diagnostik geringeren Aufwand darstellte, wurde zunächst versucht, die im Rahmen der differenzi-

Differenzialdiagnose	weiteres Vorgehen
organic dust toxic syndrome	Anamnese
Hypersensitivitätspneumonitis	Anamnese, spezif. IgG
Pertussis	(PCR) / ELISA
Kollagenosen (M. Still, System. Lupus erythematodes, Juvenile idiopathische Arthritis)	Lupus-AK, Rheumafaktor
Sarkoidose	Bronchoskopie, Bronchoalveoläre Lavage, Biopsie
Eosinophilenpneumonie	

Tab. 1: Abzuklärende Differenzialdiagnosen



Abb. 5

aldiagnostischen Überlegungen offensichtlich gewordenen Lücken in der Anamnese zu schließen. Die erneute Befragung der Patientin und der Eltern offenbarte einen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten erster Symptome und dem Einzug in ein frisch renoviertes Zimmer in einem alten Anbau des Hauses. Die ältere Schwester, mit der die Patientin dort einzog, klagte jedoch zu keinem Zeitpunkt über Beschwerden, die denen der Schwester geähnelt hätten. Desweiteren konnte bestätigt werden, dass das Mädchen keinen nennenswerten

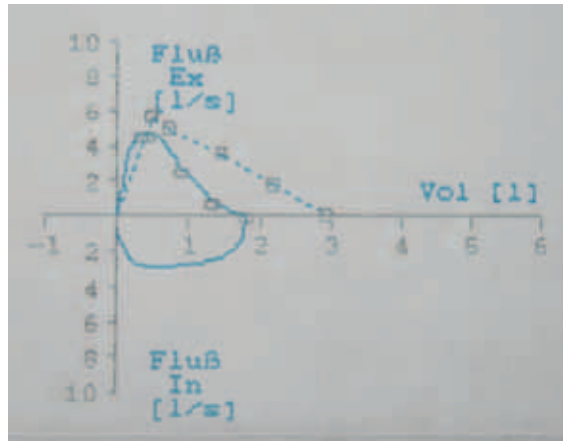


Abb. 6: Bodyplethysmographie (nach 3 Mon. Therapie)

Kontakt zu den Haustieren der Familie hatte. Allerdings war nun zu erfahren, dass der renovierte und dann von den Mädchen bezogene Anbau vorher dreißig Jahre lang vom Großvater für die Taubenzucht genutzt worden war (Abb. 5).

Die daraufhin bestimmten allergenspezifischen IgG-Antikörper gegen Taubenfedern und -kotproteine lagen mit $>200 \text{ mg/l}$ (Norm <26) oberhalb des Messbereichs, sodass eine Hypersensitivitätspneumonitis hochwahrscheinlich wurde.

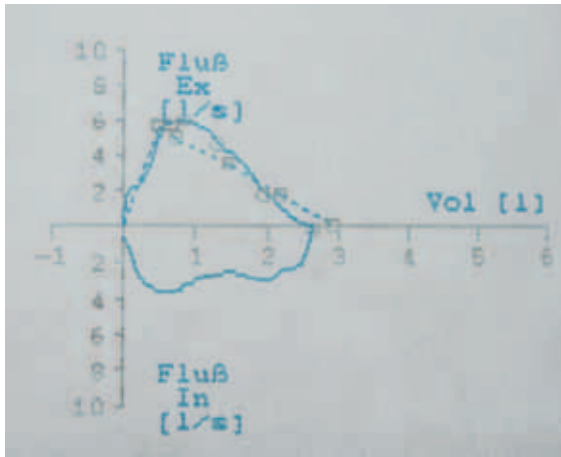


Abb. 7: Bodyplethysmographie (4 Mon. nach Therapie)

Hypersensitivitätspneumonitis

Die früher als exogen-allergische Alveolitis bekannte, in der aktuellen Literatur nun als Hypersensitivitätspneumonitis bezeichnete Erkrankung fasst verschiedene „Berufserkrankungen“ zusammen (sog. Pilzarbeiterlunge, Käsewäscherlunge, Taubenzüchterlunge etc.). In allen Fällen kommt es zu einer allergenausgelösten Immunkomplexreaktion vom Typ III, die zunächst zu einem Neutrophileneinstrom in die Alveolenwände führt. Später folgen CD8-Lymphozyten. Bei wiederholtem Allergenkontakt kommt es als Folge einer rekurrenten Alveolitis zur Fibrosierung des Lungenparenchyms. Ein Überwiegen der TH1-Antwort führt hier über Interleukin 2 und Interferon γ zur Bildung spezifischen Immunglobulins G. Symptome einer akuten Reaktion treten vier bis acht Stunden nach Exposition auf und können als „grippeähnlich“ (Fieber, Schüttelfrost, Tachydyspnoe) beschrieben werden. Bei chronischer Exposition treten Husten, Atemnot und Myalgien in den Vordergrund.

Neben der Anamnese und hinweisenden Befunden der Lungenfunktion sowie der konventionellen Röntgenaufnahme des Thorax führt der Nachweis präzipitierender IgG-Antikörper weiter. In unklaren Fällen sollte eine Bronchoskopie mit Lavage erfolgen, in der sich typischerweise ein erhöhter Anteil an CD8-Lymphozyten und natürlichen Killerzellen findet.

Therapie

Erster und wichtigster Therapieschritt ist die absolute Allergenkenz, was bei unserer Patientin den Auszug aus dem derzeit bewohnten Anbau bedeutete. Darüber hi-

naus ist eine antiinflammatorische Therapie mit Steroiden (evtl. auch als Pulstherapie) über mindestens drei Monate notwendig. Bei ausbleibendem Erfolg stellen Azathioprin, Cyclosporin A und Methotrexat weitere Optionen einer immunsuppressiven Therapie dar. Im Falle einer Fibrose als chronischem Endstadium bleibt nur noch die Lungentransplantation.

Im vorgestellten Fall erhielt die Patientin orales Prednisolon über insgesamt vier Monate (inklusive Reduktionsphase). Hierunter normalisierte sich die Bodyplethysmographie (Abb. 6) kontinuierlich, bis acht Monate nach Therapiebeginn die normale pulmonale Leistungsfähigkeit wiederhergestellt war (Abb. 7). Eine milde Cushing-Symptomatik mit angedeuteter Stammfettsucht und einer Gewichtszunahme um 30 % bildete sich innerhalb von zwei Monaten nach Therapieende bis auf leichte Striae distensae komplett zurück.

Der etwas schleppende Verlauf bis zur vollständigen Genesung erklärt sich durch eine zwischenzeitliche (ungeplante) Reexposition: Während des Sommerurlaubes der Eltern wollte die Patientin nicht alleine im Haus schlafen und zog daher wieder zu ihrer älteren Schwester in das allergenbelastete Zimmer. Bereits in der zweiten Nacht zeigten sich ausgeprägte Symptome einer akuten Pneumonitis, sodass das Mädchen wieder in ihr unbelastetes Zimmer umzog. Die Symptomatik besserte sich rasch innerhalb weniger Tage.

Fazit für die Praxis

Bei unklarer pulmonaler Symptomatik und relevanten Tierkontakten sollte auch bei negativer Diagnostik hinsichtlich einer IgE-vermittelten allergischen Reaktion eine IgG-vermittelte bzw. durch Immunkomplexe vermittelte Reaktion ausgeschlossen werden. Wie das Fallbeispiel zeigt, gelingt es allerdings nicht immer, alle „relevanten Tierkontakte“ bereits verlässlich in der Routinemanamnese zu erfassen.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Marc Hertel
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
St. Vincenz-Krankenhaus
Husener Straße 81
33098 Paderborn
m.hertel@vincenz.de

Red.: Christen

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 3. Donnerstag** eines Monats **von 17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Krupp-Anfälle nach Influenza A/H1N1-Infektion?

CONSILIUM
INFECTORUM

Prof. Dr. med.
Reinhard Berner

Frage:

Sind bei Kindern über 12 Jahren mit Zustand nach A/H1N1-Infektion Krupp-Anfälle nach symptomfreiem Intervall beschrieben?

Antwort:

Nach meiner Kenntnis sind weder nach der saisonalen Influenza noch nach der Influenza A/H1N1 Krupp-Anfälle nach einem symptomfreien Intervall bekannt. Die Krupp-Symptomatik gehört ja durchaus zum Krankheitsbild der Influenza, wobei sie – wie die stenosierende Laryngotracheitis im Allgemeinen – typischerweise eine Erkrankung des Kleinkind- und nicht des Adoleszentenalters darstellt. Dies gilt wohl auch für die Influenza A/H1N1. Im Kleinkindalter findet man Influenza-A-Virus bei bis zu 10 % der (hospitalisierten) Patienten mit Krupp [1].

Interessanterweise hat eine vergleichende Arbeit von Krupp-Erkrankungen – durch Influenza- oder durch Parainfluenza-Virus ausgelöst – nicht nur zeigen können, dass der klinische Verlauf bei Infektionen durch Influenza-Virus insgesamt sehr viel schwerer war als der bei Infektionen durch Parainfluenza-Virus, sondern auch, dass die Rate von stationären Wiederaufnahmen wegen Krupp-Symptomatik in der Influenza-Gruppe deutlich höher lag [2]. Allerdings waren auch hier die Kinder im Median nur 1,7 Jahre alt. Es wurden hier leider keine Informationen darüber gegeben, ob ein symptomfreies Intervall zwischen Entlassung und Wiederaufnahme lag.

Theoretisch wäre analog zu Infektionen mit anderen respiratorischen Viren (z. B. RSV) nach Abklingen der akuten Influenza A/H1N1-Infektion eine Hyperreagibilität der unteren (kleineren) Atemwege vorstellbar, die gegebenenfalls auch erst nach symptomfreiem Intervall

in Erscheinung treten und zu entsprechenden Symptomen führen könnte. Nun betrifft definitionsgemäß der Krupp gerade die oberen Atemwege, sodass eine bronchiale Hyperreagibilität als Ursache für die beschriebene „verspätete“ Symptomatik nicht wirklich überzeugend in Frage kommt.

So ist die gestellte Frage wohl für die Influenza A/H1N1 nach meiner Kenntnis formal eindeutig mit „nein“ zu beantworten. Allerdings gibt die zitierte Studie von Peltola [2] zu denken, in der die Wiederaufnahme aufgrund von Kruppsymptomatik bei Kleinkindern mit Influenza immerhin bei etwa 20 % lag. Somit erscheint es zwar nicht übermäßig wahrscheinlich, ganz ausgeschlossen werden kann es aber wiederum auch nicht, dass es nach Influenza-Infektion zu erneuten Krupp-Anfällen kommen mag.

Literatur

1. Rihkanen H, Rönkkö E, Nieminen T, Komsu KL, Rätty R, Saxen H, Ziegler T, Roivainen M, Söderlund-Venermo M, Beng AL, Hovi T, Pitkäranta A. Respiratory viruses in laryngeal croup of young children. *J Pediatr.* 2008 May;152(5):661-5.
2. Peltola V, Heikkinen T, Ruuskanen O. Clinical courses of croup caused by influenza and parainfluenza viruses. *Pediatr Infect Dis J.* 2002 Jan;21(1):76-8.

Prof. Dr. med. Reinhard Berner
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg
Mathildenstr. 1
79106 Freiburg

Das „CONSILIUM INFECTORUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTO PHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der pädiatrischen Praxis 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

Langzeit-Mortalität bei Epilepsie-Beginn im Kindesalter

Long-Term Mortality in Childhood-Onset Epilepsy

Sillanpää, M. and Shlomo S, *N Engl J Med*; 363:2522-9, Dezember 2010

Die finnischen Autoren untersuchten prospektiv in einer Bevölkerungs-basierten Kohorte über 40 Jahre (2-53 J.), die Mortalität aller 245 Epileptiker, die im Jahre 1964 jünger als 16 Jahre waren und im Einzugsgebiet des Univ.-Hospitals Turku lebten.

Dazu wurden die Krankenakten des Univ.-Hospitals, anderer Krankenhäuser und Institutionen in Süd-Finnland, privater Arzt-Praxen sowie das Register des finnischen Nationalen Gesundheitsdienstes herangezogen, das die gesamte Bevölkerung des Landes erfasst.

Einschlusskriterium war die Diagnose einer Epilepsie aufgrund von ≥ 2 nicht provozierten Krampfanfällen. Als symptomatische Epilepsie wurden alle Anfallsleiden im Zusammenhang mit signifikanten neuro-psychologischen Entwicklungsstörungen und kognitiven Behinderungen z.B. bei Zerebralparese oder Autismus oder einer vorausgehenden Hirnschädigung durch Trauma, Infarkt oder Meningitis gewertet. Alle übrigen Epilepsien wurden als kryptogen oder idiopathisch bezeichnet. Die Klassifizierung der verschiedenen Epilepsien dieses Kollektivs wurde detailliert bereits an anderer Stelle publiziert (Sillanpää M, Jalava M, Shinnar S. Epilepsy syndromes in patients with childhood-onset seizures in Finland. *Pediatr Neurol* 1999;21:533-7.); sie erfolgte vor der neuen Klassifizierung der Epilepsie-Syndrome.

223 der 245 Pat. wurden im Univ.-Hospital von Turku behandelt. 150 Patienten wurden zwischen 1961-64 zur Abklärung eines Anfallsleidens im Univ.-Hospital Turku untersucht. Die übrigen 95 Patienten wurden vor 1961 diagnostiziert, aber während 1961-64 erneut in Turku kontrolliert.

Ausgeschlossen wurden Kinder mit Fieberkrämpfen, sonstigen symptomatischen Anfällen und Patienten, die vor 1961 erkrankten und anfallsfrei blieben oder vor 1961 verstorben waren.

Alle Patienten wurden in 5-jährigen Abständen kontrolliert. Die Daten von Patienten, die im Zeitraum zwischen zwei Kontrollterminen verstarben, wurden recherchiert und analysiert.

Die Mortalität innerhalb des 40-jährigen Beobachtungszeitraumes war mit 24 % (n= 60) dreimal so hoch wie die alters- und geschlechtsangepasste Mortalität in der Gesamtpopulation.

Obduktions-Daten liegen für 42 von 60 Verstorbenen vor (70%), Todesursachen (Anzahl der Fälle bei idiopathischer Epilepsie): Beobachteter Anfall 6 (6), Status epilepticus 4 (4), wahrscheinliches Anfallsgeschehen 3 (1), Ertrinken 6 (3), plötzlicher, unerwarteter Tod 18 (11), nicht unmittelbar mit der Epilepsie zusammenhängende Todesursachen 27 (21).

51 der Verstorbenen gehörten zur Gruppe von 107 Pat., die sich zum Zeitpunkt des Todes nicht in wenigstens 5-jähriger Anfallsfreiheit befanden. Daneben stellten ausgeprägte neurologische Behinderungen oder Insulte ebenfalls ein erhöhtes Mortalitätsrisiko dar, verglichen mit der Gruppe idiopathischer oder kryptogener Epilepsie-Ursachen (37 % vs 12 %, $p < 0.001$).

Von den 60 Todesursachen standen 33 (55 %) im Zusammenhang mit der Epilepsie, einschließlich eines plötzlichen, unerklärten Todes bei 18 (30 %), sicheren oder wahrscheinlichen Anfallsgeschehens bei 9 (15 %) oder Ertrinkungsunfalls bei 6 (10 %).

Die kumulative Mortalität nach 40 Jahren lag bei symptomatischer Epilepsie nahe 35 %, bei idiopathischer Epilepsie bei etwa 10 %. Das kumulative Risiko für einen plötzlichen unerwarteten Tod betrug 7 %, für Patienten, die sich nicht in Langzeitremission befanden und keine Langzeitmedikation einnahmen 12 %.

Bei Patienten mit idiopathischer oder kryptogener Epilepsie gab es keinen plötzlichen unerklärten Tod von Kindern < 14 Jahren.

Die Autoren zogen aus ihren Ergebnissen den Schluss, dass die im Kindesalter beginnende Epilepsie mit einem substantiellen Risiko für einen mit der Epilepsie zusammenhängenden Tod verbunden ist, einschließlich des plötzlichen, unerklärten Todes. Bei nicht anfallsfreien Kindern war dieses Risiko besonders hoch.

Kommentar

Es gibt bisher nur wenige prospektive Studien über die Mortalität im Zusammenhang mit kindlicher Epilepsie über einen längeren Zeitraum.

Mit wenigen Ausnahmen sind die Studien bei Erwachsenen gewöhnlich retrospektiv.

Die pathologisch-anatomische Bestätigung der Todesursachen fehlt in den meisten Studien.

In pädiatrischen Serien ist die Beobachtungszeit gewöhnlich auf 5–10 Jahre limitiert.

Es handelt sich hier um die sorgfältige Aufarbeitung und Kontrolle der Krankenakten aller 1961–1964 erfassten kindlichen Epilepsien und ihre prospektive Nachuntersuchung während 40 Jahren in Süd-Finnland.

Es fehlen Angaben zu den Epilepsie-Syndromen, Anfallstypen, Therapie-Management, Symptom-Konstanz oder -Veränderungen. Auch fehlen Angaben zu neuropathologischen Befunden bei den obduzierten Patienten oder über die Dauer des jeweiligen Anfallsleidens und die Anfallshäufigkeit. Es ist auch nicht erkennbar, welchen Einfluss die Langzeitmedikation und -kontrolle auf die Anfallsfrequenz und das EEG hatten, abgesehen von der Klassifizierung in „anfallsfrei“ und „nicht anfallsfrei“.

Die Untersuchung hätte einen wesentlich größeren Wert, wenn man die Todesfälle, insbesondere die im sicheren oder wahrscheinlichen Anfall und die plötzlich-unerwarteten Todesfälle im Einzelfall mit Verlauf und organischen Befunden korrelieren könnte. Da diese Daten möglicherweise in verschiedenen Publikationen der Autoren vorliegen, wäre eine zusammenfassende Publikation aller Daten wünschenswert.

Trotzdem ist die Aussage, dass bei nicht anfallsfreien Patienten ohne antikonvulsive Medikation das Risiko für einen plötzlichen, unerwarteten Tod signifikant erhöht ist, bedeutsam.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Kita und Atemwegserkrankungen bei BPD

Day Care Increases the Risk of Respiratory Morbidity in Chronic Lung Disease of Prematurity

McGarth-Morrow SA et al., *Pediatrics* 126:632-637, Oktober 2010

Säuglinge und Kleinkinder mit der sogenannten chronisch-neonatalen Lungenerkrankung, also der ehemals als „Bronchopulmonale Dysplasie“ bezeichneten Folgeerkrankung nach Frühgeburtlichkeit, haben bekanntermaßen in den ersten zwei bis drei Lebensjahren ein erhöhtes Risiko für schwere Atemwegserkrankungen. In einer beobachteten Studie wurde untersucht, ob Krippenunterbringung das Risiko für das Auftreten von Atemwegserkrankungen bei diesen Kindern erhöht. Hierzu wurden an einer großen Klinik in Baltimore in USA 111 Säuglinge und Kleinkinder mit chronisch-neonataler Lungenerkrankung von signifikanter Schwere (definiert durch Sauerstoffgabe oder Inhalationstherapie zum Zeitpunkt der Entlassung von der neonatologischen Intensivstation) bei jeder Vorstellung bezüglich Hospitalisation, Notfallambulanzbesuch, Cortisongabe und Atemwegssymptome untersucht. Soziodemographische Unterschiede zwischen den Familien mit Krippenbesuch bzw. ohne Krippenbesuch waren nicht vorhanden. In Säuglingen und Kleinkindern mit Krippenbesuch wurde signifikant häufiger Notfallambulanzbesuche (Risiko 3,74), Krankenhausaufenthalte (Risiko 3,22), Steroidbedürftigkeit (Risiko 2,22) und Antibiotikatherapie (Risiko 2,4) gefunden.

Kommentar

Aus dieser Studie ist zu schließen, dass Krippenbesuch eine erhöhte Anzahl von Atemwegserkrankungen bei Kindern mit chronisch-neonataler Lungenerkrankung nach sich zieht. Diese Information ist bei weitem nicht unerwartet, sollte aber auch Eltern von diesen Kindern mitgeteilt werden, da gerade Atemwegserkrankungen in dieser Gruppe sehr schwer verlaufen können. Dieses trifft insbesondere auf Formen von eher schwererer chronisch-neonataler Atemwegserkrankung zu, die leichten Erkrankungen wurden in dieser Studie nicht untersucht.

(Frank Riedel, Hamburg)

Psoriasis bei Kindern

Epidemiology and Comorbidity of Psoriasis in Children

Augstin M et al., *Br J Dermatol.* 162:633-636, März 2010

Die Psoriasis vulgaris ist neben dem Atopischen Ekzem die häufigste chronisch-entzündliche (Haut-)Erkrankung. Im Unterschied zum Atopischen Ekzem wird sie vom Kinderarzt häufig verkannt, und zwar sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich ihrer epidemiologischen Bedeutung.

In einer Kohorte von 1,3 Millionen unselektierter Versicherter einer überregionalen Ersatzkasse (GEK) wurden anhand der ICD-10-Codes Kinder und Jugendliche (0–18 Jahren) mit Psoriasis im Jahr 2005 erfasst. Zusätzlich wurde die Prävalenz bestimmter Begleiterkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa, Rheumatoide Arthritis, Diabetes mellitus, Adipositas, Hyperlipidämie, arterieller Hypertonus, metabolisches Syndrom, ischämische Herzkrankungen) untersucht.

Die Gesamtprävalenz der Psoriasis über alle Altersgruppen lag bei 2,5%. Bei Kindern und Jugendlichen lag die Gesamtprävalenz bei 1,2%. Sie stieg altersabhängig linear an von 0,12% (1 Jahr) bis auf 1,2% (18 Jahre). Die Rate der Komorbidität an einer oder mehreren der vorgenannten Erkrankungen war doppelt so hoch wie bei Kindern ohne Psoriasis (14,4 vs. 7,2%); dies betraf insbesondere Hyperlipidämie, Hypertonus und Diabetes mellitus. Die M. Crohn-Prävalenz war sogar 3-4-fach erhöht. Sowohl die Gesamtprävalenz der Psoriasis als auch die Bedeutung der von Erwachsenen mit Psoriasis bekannten Kofaktoren wird bei Kindern somit unterschätzt. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Psoriasis und ihrer Risikofaktoren sollten verbessert werden.

Kommentar

Diese Untersuchung hat erhebliche Bedeutung für das Krankheitsverständnis der Psoriasis im Kindesalter. Man ging bis vor kurzem davon aus, dass bei Kindern und Jugendlichen neben der genetischen Disposition Infektionen (insb. Streptokokken-Infektionen) die wichtigsten Triggerfaktoren für die Manifestation der Erkrankung darstellen. Diese Studie zeigt nun, dass wie bei Erwachsenen (zunehmend) auch alimentäre Risikofaktoren, die unter dem Begriff „metabolisches Syndrom“ zusammengefasst werden, eine wichtige Rolle spielen. Der gemeinsame Nenner sind chronische Entzündungsvorgänge, die mittelfristig zur Atherosklerose beitragen. Derartige Veränderungen lassen sich bei adipösen Kindern bereits vor dem 10. Lebensjahr finden. Methodischer Nachteil dieser Studie ist, dass die Daten in vielfacher Hinsicht „gefiltert“ sind, d.h. nicht primär und nicht von Dermatologen erhoben wurden. Ein Bias kann auch dadurch entstanden sein, dass Patienten mit Psoriasis häufiger zum Arzt gehen als Hautgesunde, und dass damit die Wahrscheinlichkeit der Entdeckung von Komorbiditäten steigt.

(Peter Höger, Hamburg)

Influenzaimpfung bei Immunsuppression

Immunogenicity of Influenza Vaccine in Children with Pediatric Rheumatic Diseases Receiving Immunosuppressive Agents

Ogimi C, Tanaka R, Saitoh A, Oh-Ishi T, *Pediatr Infect Dis J*, 30, 208-211, März 2011

Kinder mit rheumatischen Erkrankungen und unter immunsuppressiver Therapie gehören zu den Hochrisikogruppen für Influenza-Virusinfektionen. Bisher gibt es nur wenige Studien zur Wirksamkeit, Immunogenität und Sicherheit der Gripeschutzimpfung dieser Patientengruppe.

In dieser prospektiven Studie wurden Immunogenität und Sicherheit der Gripeschutzimpfung bei 49 Kindern (Alter 12.1 ± 4.8 Jahre)

mit verschiedenen pädiatrischen rheumatischen Krankheitsbildern (juvenile idiopathische Arthritis [n = 23], systemischer Lupus erythematodes [n = 12], juvenile Dermatomyositis [n = 6], und andere [n = 8], die immunsuppressiv behandelt wurden) untersucht. Zu den Immunsuppressiva gehörten niedrig dosiertes Prednisolon (0.16 mg/kg; n = 45), Methotrexat (6.9 ± 3.1 mg/m²; n = 18), Ciclosporin (3.4 ± 1.7 mg/kg (n = 10), Mycophenolat Mofetil (24.3 ± 6.3 mg/kg, n = 8) und weitere Substanzen. 36 gesunde Kinder bildeten die Gesundkontrolle. Influenza-Virus-A und -B Antikörpertiter wurden vor und nach Impfung bestimmt (Hämagglutinin-Hemmtest).

Beide Gruppen zeigten einen ähnlichen (≥ 4 fachen) postvakzinalen Titeranstieg (H1N1, H3N2, B-Stamm) und unterschieden sich diesbezüglich nicht signifikant (p=0.49, 0.25 und 0.56). Auch bezüglich der Reaktogenität fanden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Kommentar

Diese aktuelle Studie konnte zeigen, dass die Influenza-Schutzimpfung bei Kindern mit verschiedenen Autoimmunerkrankungen unter immunsuppressiver Therapie einen ähnlich hohen immunogenen „Schutz“ (immunogenicity) aufbaut wie in der (gesunden) Kontrollgruppe. Leider gibt die Arbeit keine Information über die tatsächliche klinische Wirksamkeit der Influenza-Impfung (efficacy). Weiterer Kritikpunkt: Die Studie ist nicht verblindet und/oder randomisiert. Insgesamt gibt diese Arbeit aber wiederum ein gutes Argument für die Durchführung der Gripeschutzimpfung bei Kindern, insbesondere bei solchen mit Risikofaktoren. Die STIKO empfiehlt weiterhin die Gripeschutzimpfung bei Kindern und Jugendliche nur bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens. Die sächsische Impfkommission (SIKO) empfiehlt die Influenza-Impfung dagegen bereits als Standardimpfung für *alle* Kinder ab 6 Monate (wie in den USA).

(Volker Schuster, Leipzig)

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

KONGRESS ORGANISATION

Ihr leistungsstarker Partner mit über 30-jähriger Erfahrung

Kompetent bei der Durchführung von

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

Lassen Sie sich von uns beraten!

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



Hansisches Verlagskontor

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Sabine Vöhringer und Peter H. Höger

Anamnese

10-jähriges Mädchen ohne Hauterkrankungen in der Vorgeschichte.

Seit einem Jahr besteht am linken Schulterblatt ein gelblich-bräunlicher Fleck (s. Abbildung), der keine subjektiven Beschwerden verursacht. Eine der Hautveränderung vorausgehende Infektion oder ein Trauma sind nicht erinnerlich. Die Familienanamnese ist leer. Keine Medikamenteneinnahme.

Befund

Ca. 4 x 4 cm durchmessender, braungoldfarbener, nicht erythematöser Patch an der linken Skapula. Keine epidermale Beteiligung. Kein Druckschmerz. Übriger dermatologischer und pädiatrischer Befund unauffällig.



Wie lautet die Diagnose?

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Pe-

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

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

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

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

Druckauflage 12.600
lt. IVW 1/2011

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gemp, 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 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 44 vom 1. Oktober 2010

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis enthalten.

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

© 2011. 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: Lichen aureus (Lichen purpuricus, Calnan-Erkrankung)

Definition

Es handelt sich um eine lokalisierte Variante der Purpura pigmentosa progressiva. Aufgrund einer Kapillaritis kommt es zum Auftreten eines typischerweise solitären, goldbraunen Herdes, der oft über Jahre persistiert.

Epidemiologie

Die Erkrankung tritt selten auf und wird am häufigsten bei jungen Erwachsenen (3. Lebensjahrzehnt) diagnostiziert.

Ätiologie

Eine Ursache ist nicht bekannt. Am wahrscheinlichsten ist bei Kindern eine para- oder postinfektiöse Genese. Bei Erwachsenen kommen auch Arzneimittel als Auslöser in Frage (z.B. nichtsteroidale Antirheumatika).

Klinik

Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch das Auftreten eines oder vereinzelt auch mehrerer, gold- oder rostbrauner Maculae bzw. Plaques. Die Extremitäten sind bevorzugt betroffen. Auch eine segmentale

Anordnung wurde beschrieben. Oft findet sich nur ein solitärer Herd, der sich durch Konfluenz einzelner Makulae oder Papulae entwickelt. Charakteristisch ist weiterhin, dass die Läsionen meist asymptomatisch sind. In seltenen Fällen berichten die Patienten von leichtem Juckreiz. Die Herde können über ein bis mehrere Jahre persistieren. Im Kindesalter heilt der Lichen aureus durchschnittlich nach 36 Monaten ab.

Diagnostik

Die Diagnose kann häufig klinisch gestellt werden. Führt man eine histologische Untersuchung durch, so zeigt sich ein lymphozytäres perivaskuläres Infiltrat mit Extravasation von Erythrozyten in die papilläre Dermis (Frühphase) bzw. Hämosiderinablagerungen (Spätphase).

Differenzialdiagnosen

- Morphea: Zentral atrophe Herde
- Purpura Schoenlein-Henoch: Purpuriforme Läsionen
- Purpura pigmentosa progressiva: Multiple, cayennepfefferfarbene kleine Maculae

Therapie und Prognose

Eine Therapie ist bei möglicher Spontanheilung (insbesondere im Kindesalter) und fehlenden Beschwerden meist nicht erforderlich. Zudem existiert keine Therapieoption, deren Wirksamkeit in Studien belegt wurde. In einzelnen Veröffentlichungen wurde jedoch ein Ansprechen auf lokale oder systemische Glukokortikoide sowie die Applikation von Pimecrolimus beschrieben.

Literatur:

1. Martin RH. Case for diagnosis. Trans Rep St Johns Hosp Dermatol Soc Lond 1958;40:98
2. Bohm M et al. Resolution of lichen aureus in a 10-year-old child after topical pimecrolimus. Br J Dermatol 2004;151:519
3. Gelmetti C et al. Lichen aureus in childhood. Pediatr Dermatol 1991; 8:280-3

Dr. Sabine Vöhringer
Abt. Pädiatrische Dermatologie
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg
Red.: Höger

Praxistafel

Kinder- und Jugendarztpraxis in Duisburg aus Altersgründen abzugeben.
Tel. 0208/43 27 05

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

Das Schweizerische EpilepsieZentrum als modernes neurologisches Kompetenzzentrum mit rund 500 Mitarbeitenden behandelt, berät und unterstützt Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Menschen mit Epilepsie finden hier eine spezialisierte Betreuung in der Poliklinik, in der Klinik oder im Wohn- und Arbeitsbereich.

Wir suchen für die Klinik für Kinder und Jugendliche per 1. Juli 2011 oder nach Vereinbarung eine/einen

Spezialärztin/Spezialarzt Pädiatrie (100%)

Auch eine Teilzeitanstellung ist möglich. Wir bieten Ihnen eine interessante Teamarbeit im Bereich der Kinderepileptologie, die sowohl die Diagnostik als auch die konservative und operative Therapie mit Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte umfasst.

Wir erwarten Ihr Interesse an Neuropädiatrie, besonders an Epileptologie.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Frau Dr. Judith Kröll, Leiterin Klinik für Kinder und Jugendliche, Telefon 0041 44 387 63 08, gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre Onlinebewerbung über www.swissepi.ch/jobs oder unter www.med-jobs.ch/1104-MJEC7D.



Schweizerisches Epilepsie-Zentrum

Hausbesuch bei ●●● Annette Widmann-Mauz,
parlamentarische Staatssekretärin beim
Bundesminister für Gesundheit

„Allgemeinärzte und Pädiater – wir können in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf keinen verzichten“

Annette Widmann-Mauz, MdB, ehemalige gesundheitspolitische Sprecherin der CDU und seit Oktober 2009 parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, setzt sich vor allem für die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen ein. Ein wichtiges Thema gerade in der Pädiatrie, dem Nachwuchs zum größten Teil weiblich ist.

Wer mit der Politikerin sprechen will, muss geduldig, flexibel und gut zu Fuß sein. Das lange geplante Interview das zunächst im BMG stattfinden soll, droht wegen einer überraschend anberaumten Plenarsitzung zum Afghanistan-Einsatz plötzlich auszufallen, dann sollen BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann und die Reporterin unserer Zeitschrift zum Gespräch in den Bundestag kommen. Die Debatte dauert länger als geplant, der Präsident muss zum Flieger. Als Annette Widmann-Mauz schließlich aus dem Plenarsaal kommt, wird aus dem geplanten Gespräch zu Dritt ein Dialog, in dem es um weit mehr als nur um das Lieblingsthema der Staatssekretärin geht.

? *Frau Widmann-Mauz, welche Rolle strebt die Politik für Kinder- und Jugendärzte in Zukunft im Bereich der ambulanten Versorgung an?*

Uns ist es wichtig, dass flächendeckend in unserem Land alle Versicherten Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung haben. Dazu gehört bei Kindern und Jugendlichen, dass ihre spezialisierte Behandlung durch Pädiater und ergänzt auch durch qualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte, also Allgemeinmediziner, gesichert ist. Und nach diesem Anspruch richten wir unsere Politik aus.

? *Bedeutet das, dass Sie die Kinder- und Jugendärzte nicht mehr allein als die Fachärzte für Kinder und Jugendliche sehen?*

Wir können in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf keinen verzichten. Sowohl Pädiater als auch Allgemeinärzte spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wir haben großen Wert darauf gelegt, dass die Möglichkeit, Hausarztverträge abzuschließen zu können, zu keinen Einschränkungen beim freien Zugang zum Kinder- und Jugendarzt für Kinder und Jugendliche führt. Es bestehen auch für Kinder- und Jugendärzte die rechtlichen Möglichkeiten, sich an diesen Verträgen zu betei-

gen oder eigene Selektivverträge abzuschließen. Wichtig ist in erster Linie, dass es nicht zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt.

? *Pädiater sehen vielerorts die Sicherstellung der Versorgung als gefährdet an. Vor allem in ländlichen Regionen droht in den nächsten Jahren ein Mangel an Kinder- und Jugendärzten. Was tut die Politik, um diesen zu beheben?*

Auch wir stellen fest, dass sich die tatsächliche Versorgungssituation verändert hat. Wir haben zwar nach wie vor im Durchschnitt einen guten Versorgungsgrad mit Kinder- und Jugendärzten. Die Frage aber, ob die Versorgung auch flächendeckend überall so ist, wie sie sein sollte, muss genauer betrachtet werden. Wir haben in allen Bereichen der medizinischen Versorgung starke regionale Unterschiede, auch innerhalb von Planungsbereichen. Unser Ziel ist deshalb: Wir brauchen mehr Flexibilität in der Bedarfsplanung, so dass auf die örtlichen Gegebenheiten stärker Rücksicht genommen werden kann. Wir werden das Vertragsarzt- und Vergütungsrecht auch dahingehend erweitern, dass neue Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten geschaffen werden können. Dafür

werden wir neue Instrumentarien entwickeln.

? *Wie werden diese Instrumentarien aussehen?*

Ärztinnen und Ärzte können durchaus benachteiligt sein, wenn sie in unterversorgten Gebieten sehr viele Patienten versorgen müssen. Wir haben daher vor, z.B. auf mengenregulierende Abstaffelungen bei den Regelleistungsvolumina zu verzichten. Wir wollen den KVen mehr Möglichkeiten an die Hand geben, um Praxen in unterversorgten Gebieten zu etablieren. Das Land Baden-Württemberg zum Beispiel fördert Landarztpraxen, die dortige KV überlegt, so genannte „Regiopraxen“ auch mit in einer Art Anschubförderung finanziell zu unterstützen. Ferner wollen wir auf die Residenzpflicht verzichten, wenn die Notversorgung gesichert ist. Auch müssen mobile Arztpraxen, in denen Ärztinnen und Ärzte aus städtischen Regionen z.B. in Teilzeit an einigen Tagen in der Woche die Versorgung in ländlichen Regionen sicherstellen, oder in unterversorgten Gebieten die ärztliche Versorgung aus Reha-Einrichtungen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen möglich sein, um dem Bedarf an medizinischer Versorgung auch dort gerecht zu werden.



? *All dies verursacht Mehrkosten. Wer soll dafür aufkommen?*

Ich bin davon überzeugt, dass die Finanzierung dieser Anreize aus dem System erfolgen kann. Wir werden dazu Strukturfonds bei den KVen einrichten, die aus Mitteln der Krankenkassen und der ärztlichen Gesamtvergütung gespeist werden. Durch die Anwendung eines neu zu schaffenden Vorkaufrechts für die KVen bei der Veräußerung von Kassenarztsitzen in überversorgten Bereichen oder mit befristeten Zulassungen lassen sich in überschaubaren Zeiträumen auch Mittel einsparen. Und: Nicht alles muss Geld kosten! Wir wollen z.B. bei der Vergabe von Arztsitzen auch in besonderer Weise Zeiten einer ärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Gebieten berücksichtigen.

? *Besonders in der Pädiatrie arbeiten viele Frauen. Ihr Anteil steigt mit jeder neuen Generation. Wie wollen sie jungen Ärztinnen, aber auch Ärzten mit dem Wunsch nach mehr Zeit für die Familie eine Niederlassung schmackhaft machen?*

Wir haben hierzu im Ministerium einen von mir geleiteten Runden Tisch zur Frage „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ ins Leben gerufen, in dem wir uns unter anderem auch damit beschäftigen, wie Frauen, die sich als Ärztin niederlassen wollen, eine bessere Balance zwischen Beruf und Familie finden können.

? *Derzeit ist es noch so, dass eine längere Babypause die Zulassung kosten kann. Wann wird das geändert?*

Wir werden uns dafür stark machen, dass der Zeitraum, in dem man sich wegen einer Geburt vertreten lassen kann, auf ein

Jahr erhöht wird. Es ist für mich nicht nachvollziehbar, dass eine Frau die Zulassung verliert, wenn sie sich mehr als sechs Monate vertreten lässt. Heute haben wir bereits bei den angestellten Ärzten und Ärztinnen deutlich bessere Möglichkeiten und rechtliche Ansprüche, wenn es um die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach der Geburt eines Kindes geht. Wir werden uns dafür einsetzen, dass es entsprechende Regelungen auch für niedergelassene Ärztinnen insbesondere durch einen bis zu 36-monatigen Einsatz von Entlastungsassistenten gibt. Entlastungsassistenten können dazu beitragen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch für eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten zu verbessern. Ich bin sehr dafür, den KVen soviel Flexibilität wie möglich einzuräumen, dass sie der individuellen Lebenssituation von jungen Müttern und Vätern besser entgegenkommen können. Ich bin froh, dass die KBV dieses Thema erkannt und aufgegriffen hat und an konkreten Lösungen mitarbeitet. Wenn wir uns die wachsende Anzahl junger Frauen nicht nur in der Kinder- und Jugendheilkunde vor Augen führen und wir die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen dauerhaft sicherstellen wollen, kommen wir an dem Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf für junge Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen nicht vorbei. Das sind die Hausaufgaben, die wir machen müssen, damit wir aus diesem Potential auch schöpfen können.

? *Aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte klafft bei den Honoraren eine Gerechtigkeitslücke zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizinern. Wie wollen Sie dem begegnen?*

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass wir in den letzten Jahren in der Honorierung insgesamt deutliche Fortschritte gemacht haben. Dies gilt auch für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, deren Vergütung seit 2007 deutlich gestiegen ist. Zwischen 2007 und 2009 ist der Bereich der Kinder- und Jugendmedizin nach Angaben des Bewertungsausschusses um 146 Millionen Euro oder 15,24 Prozent gestiegen. Das sind Zahlen, die wir durchaus begrüßen. Allein zwischen 2008 und 2009 haben wir einen Zuwachs von 91 Millionen Euro, also circa neun Prozent, und damit einen überdurchschnittlichen Zuwachs an Honorar in dieser Arztgruppe im Verhältnis zu den allgemeinen Honorarsteigerun-

gen im ärztlichen Bereich. Planbarkeit und Verlässlichkeit für die Praxisinhaber zu gewährleisten, muss unser vorrangiges Ziel sein. Grundlegende Honorarveränderungen im Jahres- oder Zweijahresrhythmus machen keinen Sinn. So lässt sich eine freiberufliche Existenz nicht attraktiver machen.

Mehr regionale Spielräume bei der Honorargestaltung sind allerdings unabhängig davon richtig. So lassen sich insbesondere regionale Besonderheiten besser berücksichtigen. Wir denken daran, den regionalen Vertragspartnern hier mehr Möglichkeiten einzuräumen. Auch sollen die KVen vor Ort mehr Entscheidungskompetenz erhalten, damit sie die Honorarverteilung besser mit den dortigen Versorgungsstrukturen in Einklang bringen können.

? *Viele Kinder- und Jugendärzte sehen ihre Existenz durch ungerechtfertigte Wirtschaftlichkeitsprüfungen bedroht. Wie kann man diese auf ein Normalmaß schrauben?*

Das AMNOG enthält bereits eine Reihe von Maßnahmen, die die Wirtschaftlichkeitsprüfungen betreffen und die eine Erleichterung für Ärztinnen und Ärzte darstellen. Sie sind allerdings an der Basis noch nicht spürbar. Es lohnt genauer hinzuschauen, wo und inwieweit Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse vorgenommen werden und sinnvoll und notwendig sind. Im Honorarbereich haben sie durch die Regelleistungsvolumina nicht mehr die Relevanz. Im Bereich der Heil- und Arzneimittel erleben wir eine große Verunsicherung bei Ärzten und Patienten. Regresse werden angedroht, aber in selteneren Fällen kommt es am Ende auch zur Vollstreckung. D. h. zwischen der objektiven Betroffenheit und der subjektiven Wahrnehmung liegt eine zum Teil deutliche Kluft.

Eines ist m. E. wichtig: Wenn außergewöhnliche Verordnungszahlen festzustellen sind, ist es auch für die Ärztinnen und Ärzte wichtig zu wissen, worauf diese zurückzuführen sind. Im Zweifel basieren diese Auffälligkeiten auf unbeabsichtigtem Verhalten oder auf wohlbegründeten Tatsachen. In beiden Fällen ist es gut, wenn vor dem Regress immer zuerst die Beratung erfolgt und beide Instrumente nicht gleichzeitig in einem Prüfzeitraum zur Anwendung kommen.

Liegt allerdings ein klares Fehlverhalten vor, das sich medizinisch und wirtschaftlich nicht mehr erklären lässt, ist es m.E. auch im Interesse derjenigen, die sich verantwortungsbewusst und regelhaft verhalten, dass es nach der Beratung, wenn nötig, auch zum Regressfall kommen muss.

Für Ärztinnen und Ärzte mit Patienten, die besondere Heilmittelbehandlungen benötigen, wäre ein Anspruch auf langfristige Genehmigung und entsprechend die generelle Herausnahme aus der Prüfung besonders sinnvoll. Solche Praxisbesonderheiten könnten von vornherein bundeseinheitlich definiert werden. Damit bin ich überzeugt, könnten wir für viel Entlastung sorgen. Das Bundesgesundheitsministerium jedenfalls arbeitet an einer entsprechenden Lösung,

? *Die Definition immer neuer Patientengruppen bedeutet immer mehr Bürokratie. Kinder- und Jugendärzte wünschen sich dagegen Bürokratieabbau.*

So manches, was als Bürokratie beklagt wird, ist in langwierigen Prozessen von den Selbstverwaltungspartnern selbst eingefordert worden. Zum Beispiel haben wir als BMG gegenüber der KBV die Anregung gegeben, die Umsetzung der ambulanten Kodierrichtlinien zu verschieben, um den Aufwand an Bürokratie, aber auch Fragen der Erforderlichkeit und des Datenschutzes noch einmal zu hinterfragen. Ist wirklich die Erhebung all dieser Daten und Zahlen notwendig, um die entsprechenden Ziele zu erreichen. Was sind die Ziele? Die Ärzteschaft hat aus meiner Sicht zu Recht gefordert, dass man von einer grundlohnorientierten Budgetierung wekommt hin zu einer Vergütung, die in der Summe der Entwicklung der Morbidität entspricht. Morbidität muss ich aber messen können, denn ansonsten läuft eine an sich sinnvolle Entwicklung ins Leere. Wie misst man Morbidität? Indem codiert wird. So kommt ein gutes Ziel am Ende mit viel Bürokratie in die Praxis. Ich glaube, wenn es uns gelingt zu bestimmen, welche konkreten Schritte wirklich erforderlich sind, dann werden notwendige Maßnahmen auch nicht als Bürokratie, sondern als sinnvolles Instrument zur Zielerreichung begriffen.

? *Wie will die Politik die Anstrengungen der Kinder- und Jugendärzte unterstützen, durch geeignete Maßnahmen*

eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent zu erzielen, um vermeidbare Erkrankungen in Deutschland auszurotten?

Die Zahlen der KIGGS-Studie und des RKI zeigen, dass die meisten Kinder eine gute Grundimmunisierung nach den ersten 24 Lebensmonaten haben. Wir haben jedoch bei einzelnen Impfungen erhebliche Lücken, vor allem bei den erforderlichen Auffrischimpfungen. Ab dem zehnten Lebensjahr stellen wir fest, dass die Impfbereitschaft deutlich zurückgeht. Es hat sich gezeigt, dass durch eine umfassende Impfstrategie, an der alle Beteiligten mitwirken, die Impfbereitschaft gesteigert werden kann. Ich begrüße es außerordentlich, dass wir mit der Nationalen Impfkonferenz eine weitere Möglichkeit haben, zu einer nationalen Impfstrategie zu kommen. Wir müssen diese Chancen besser nutzen.

Ich persönlich sehe auch im Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen nach dem zehnten Lebensjahr eine gute Möglichkeit, durch das vertrauensvolle Arzt-Patientenverhältnis zu einer höheren Durchimpfungsrate im Jugendlichenalter zu kommen.

Zwang darf immer nur Ultima Ratio sein. Solange wir mit Aufklärung zum gleichen Ziel kommen, ist es an uns, dieses Instrument besser einzusetzen. Wir bauen auf das informierte Einverständnis, denn wir haben noch enorm viel ungenutztes Potential durch Information und Aufklärung, unbegründete Ängste vor Impfungen zu nehmen. Dabei denke ich auch an eine stärkere Einbindung des ÖGD. Der ÖGD könnte zum Impfen noch stärker auf die Schulen zugehen. Den rechtlichen Rahmen dafür haben wir.

? *Wann ist mit einer Änderung des § 26 SGB V zu rechnen?*

Ich persönlich halte es durchaus für wichtig und sinnvoll, dass wir die Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen, die sich im Kindesalter bewährt haben, auch im Jugendlichenalter weiter ausbauen. Wir werden das Thema § 26 SGB V im Zusammenhang mit unserer nationalen Präventionsstrategie diskutieren und entscheiden. Wir wollen unsere Präventionsziele auf die Gruppen konzentrieren, bei denen wir die größten Erfolge erzielen können. Das sind zum einen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die wir über die betriebliche Gesundheitsförde-

rung erreichen. Die zweite große Gruppe sind Kinder und Jugendliche, bei denen wir die Basis für gesundheitsbewusste Einstellungen und Verhaltensweisen legen können. Hier lässt sich viel durch Früherkennung erreichen, es erspart spätere größere Aufwendungen und gibt den betroffenen Menschen selbst in erster Linie mehr Lebensqualität. Deshalb dürfen wir mit den Präventionsmaßnahmen im Jugendlichenalter nicht nachlassen, sondern müssen gerade Heranwachsende erreichen, die sich in einer besonders sensiblen Lebensphase befinden. Ich bin zuversichtlich und werde mich dafür einsetzen, dass das auch in der Gesetzgebung Eingang finden wird.

? *Welche Aufgaben sollen nicht-ärztliche Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendmedizin übernehmen und wie sollen diese Leistungen vergütet werden?*

Wenn wir über die Zukunft der Gesundheitsversorgung reden, reden wir auch über die Aufgabenverteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufen. Wir haben eingangs darüber diskutiert, wie wir die medizinische Versorgung in der Fläche, besonders in ländlichen Bereichen sicherstellen können. Wir werden uns nicht nur um bessere Arbeitsbedingungen im engeren Sinne, also etwa um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, kümmern, sondern auch um die Frage der Zusammenarbeit und Aufgabenneuordnung zwischen den Gesundheitsberufen. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss vom Gesetzgeber aufgefordert, Leistungen bzw. Tätigkeitsbereiche zu definieren, in denen Verantwortung auch delegiert bzw. auf andere Berufe übertragen werden kann. Dieser Prozess läuft im Moment. Wir werden Modelle erproben und analysieren, welche erfolgreich sind, damit der Gesetzgeber daraus die notwendigen Schlüsse für das gesamte System bis hin zur erforderlichen Berufsqualifikation ziehen kann. Wir haben positive Erfahrungen mit der Gemeindeschwester Agnes gemacht, die den Arzt entlastet. Ich finde es richtig, wenn es schnell zu Richtlinien kommt, die Tätigkeiten definieren, die vom Arzt grundsätzlich an Pflegefachkräfte delegiert werden können. Und auf dieser Grundlage können dann auch Vergütungsvereinbarungen getroffen werden, die sicherstellen, dass eine verlässliche Honorierung auch dann erfolgt, wenn der Arzt diese Tätigkeit nicht selbst ausführt.

ReH

Spezielle Versorgungsanforderungen an die medizinische Betreuung beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter (Transition): Ist-Zustand, Probleme, Forschungsbedarf

Im März 2011 richtete die Bundesärztekammer in Berlin ein Symposium im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung zum Thema Transition aus. Die Referenten (www.bundesaerztekammer.de/downloads/programm_symposium_transition3.pdf) stellten einige Versorgungsmodelle vor. Es gibt, wie schon beim Kongress Jugendmedizin 2008 in Weimar vorgestellt, einige Initiativen und Projekte. In den letzten drei Jahren gab es zum Thema auch nicht wesentlich Neues und die wenigen Initiativen und Projekte sind unzureichend koordiniert und vernetzt, geschweige denn ausreichend evaluiert. In den Vorträgen wurde ausschließlich über Hochschulprojekte berichtet, von einer Spezialambulanz zur nächsten.

Die Tagung wurde von **Prof. Dr. Fred Zepp**, Präsident der DGKJ, gemeinsam mit **Prof. Dr. Martin Reincke**, Direktor der Klinik für Innere Medizin Innenstadt der LMU München, wissenschaftlich koordiniert und moderiert. Durch den Einsatz des Präsidenten des BVKJ **Dr. Wolfram Hartmann** war es möglich geworden, dass der Berufsverband mit drei Postervorträgen und den dazu vorgesehenen Kurzreferaten präsent war. Wolfram Hartmann war auch Teilnehmer einer Podiumsdiskussion und hatte somit Gelegenheit, den Stellenwert der ambulanten Jugendmedizin herauszustellen.

Postervorträge des BVKJ

Quo vadis ADHS?

*Dr. Gabriela Kreller-Laugwitz,
Forchheim*

Wenig Licht und viel Schatten:
schwieriger Übergang in die
Erwachsenenmedizin

Dr. Andreas Sprinz, Drensteinfurt

Chronisch krank, wo geht's lang?

Dr. Uwe Büsching, Bielefeld

Bestehende Transitionsmodelle der Hochschulkliniken sind bisher in der Mehrzahl auf das individuelle Engagement einzelner Ärztinnen und Ärzte in Zusammenarbeit mit Patienteninitiativen zurückzuführen. Die Forderung nach weiterer Versorgungsforschung im Bereich Transition war eindeutig und wurde von den Ausrichtern und den Teilnehmern der Tagung getragen. Bedauerlicherweise

wurde die Thematik überwiegend aus wissenschaftlicher Sicht und zu wenig aus der Sicht der Bedürfnisse der Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesehen. Immer noch werden chronisch kranke Jugendliche in den Strukturen eines Fortschrittdenkens medizinisch betreut, mit dem Erfolg einer deutlich verbesserten Lebenserwartung. Die Versorgung chronisch Kranker wurde als Thema von Spezialambulanzen gesehen, während die notwendigen Kenntnisse der Spezialisten bezüglich Entwicklungspsychologie und Gesprächsführung mit jungen Menschen kaum diskutiert wurden.

In seinem Eröffnungsreferat erklärte **Prof. Peter Scriba**, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer und Vorsitzender der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung: „Der rasante medizinische Fortschritt und die daraus resultierenden neuen medizinischen Möglichkeiten führen gerade in der Kinder- und Jugendmedizin zu eindrucksvollen Therapieerfolgen.“ Viele Kinder mit komplexen, meist chronischen Gesundheitsproblemen, für die noch vor 20 Jahren wenig Behandlungsoptionen bestanden, erreichen heute das Erwachsenenalter. Fred Zepp forderte deshalb: „Gerade aus diesem Grund stehen die behandelnden Ärzte in der Verantwortung, diese Erfolge der Medizin strukturiert in die Disziplinen der Erwachsenenmedizin zu transferieren.“

Eine weitere Forderung lautete, dass der Transfer in die Erwachsenenmedizin patientenzentriert, flexibel, kontinuierlich und flächendeckend umgesetzt werden müsse.

Auf der Tagung wurde konstatiert, dass „unerwartet“ große Defizite zu verzeichnen und zu überwinden seien. Schon seit vielen Jahren ist den Kinder- und Jugendärzten bekannt: Die Transitionsphase gefährdet Qualität und Intensität der medizinischen Betreuung. In dieser Phase kommt es zu Therapieverweigerung, weil die typischen Bewältigungsanforderungen an Jugendliche in der Kombination mit den Bewältigungsanforderungen durch die chronische Krankheit zu interpersonellen Konflikten führen. Schema „F“ wird chronisch Kranken nicht gerecht, gefordert sind Räume für individuelle Entscheidungen auf Augenhöhe. Vor der Versorgungsfalle in Deutschland muss gewarnt werden: Es gibt den Traum von den ökonomischen Gewinnen im Gesundheitssystem wie in der industriellen Produktion – nur noch „Konfektion“ aber keine „Maßanzüge“ – für Behinderte bedeutet das eine Versorgungskatastrophe. Martin Reincke forderte: „Es ist an der Zeit, dass sich die Fachgesellschaften und Berufsverbände intensiv mit dieser Problematik beschäftigen.“ Diese Aufgabe hat sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte schon vor Jahren gegeben.

Resümee der Tagung: Die Transparenz und der Informationsfluss zu den Möglichkeiten einer sinnvollen Transition sind in Anfängen. Viele Barrieren sind zu überwinden, auch innerärztliche.

Dr. Uwe Büsching,
Beckhausstr. 171
33611 Bielefeld
Tel. 0521/82002

Red.:ge

Fortbildungsveranstaltungen und Kongressreisen

Kosten für den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen und andere beruflich veranlasste Reisen stellen grundsätzlich aufgrund ihres Zusammenhangs mit der ärztlichen Tätigkeit Betriebsausgaben im Rahmen der Praxistätigkeit dar. Abzugsfähig sind hier Seminargebühren, Fahrtkosten, Verpflegungsmehraufwendungen, Übernachtungskosten und Reisenebenkosten.

Fahrtkosten sind die entstandenen Aufwendungen, also bei Nutzung von Flugzeug, Bahn oder Taxi der entrichtete Fahrpreis einschließlich etwaiger Zuschläge. Bei Nutzung eines PKW werden entweder die tatsächlich entstandenen Kosten oder eine Pauschale von 0,30 € pro gefahrenen Kilometer angesetzt.

Zur Abgeltung des im Rahmen der Reise entstehenden **Verpflegungsmehraufwands** sind Pauschbeträge abzugsfähig. Die Höhe des Pauschbetrages ist abhängig von der Dauer der Abwesenheit von Wohnung und Praxis.

Dauer der Abwesenheit	< 8 Stunden	Mind. 8 und < 14 Stunden	Mind. 14 und < 24 Stunden	24 Stunden
Höhe des Pauschbetrages	0 €	6 €	12 €	24 €

Für den Ansatz der Pauschbeträge ist es unerheblich, ob und in welcher Höhe tatsächlich erhöhter Verpflegungsaufwand entstanden ist. Tatsächliche Kosten für Mahlzeiten im Rahmen der Dienstreise können nicht angesetzt werden. Bei Dienstreisen ins Ausland gelten abweichende Pauschbeträge, deren Höhe je nach Staat variiert.

Als **Übernachungskosten** sind ebenfalls die tatsächlichen Aufwendungen abzugsfähig. Hier muss jedoch beachtet werden, dass eventuell enthaltene Kosten für Verpflegung, zum Beispiel für das Frühstück, herauszurechnen sind. Lässt sich bei einer Übernachtung in einem Hotel der auf die Verpflegung entfallende Anteil nicht ermitteln, so sind pauschale Beträge pro enthaltene Mahlzeit abzuziehen. Die Höhe dieser Pauschale richtet sich einerseits nach dem Staat, in dem die Übernachtung stattfindet, und zum anderen nach der Art der enthaltenen Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen und/oder Abendessen). Sie beträgt für das Frühstück 20 Prozent, für Mittag- und Abendessen je 40 Prozent des für den jeweiligen Aufenthaltsort maßgebenden Pauschbetrags für Verpflegungsmehraufwendungen bei einer Abwesenheit von 24 Stunden (in Deutschland 24 €, siehe oben).

Zu den **Reisenebenkosten** zählen beispielsweise Kosten für die Beförderung und Aufbewahrung von Gepäck, Parkgebühren oder aufgrund eines PKW-Unfalls entstehende Mehrkosten. Auch hier sind die tatsächlichen Kosten in voller Höhe als Betriebsausgaben abzugsfähig. Nicht abzugsfähig sind hingegen Bußgelder, die beispielsweise wegen Geschwindigkeitsübertretung in Deutschland verhängt werden.

Es ist zu beachten, dass für den Betriebsausgabenabzug von Reisekosten ein Nachweis erforderlich ist, der belegt, dass an den Fortbildungsveranstaltungen auch tatsächlich teilgenommen wurde. Die Nachweispflicht liegt hier beim Arzt, dieser muss die tatsächliche Anwesenheit bei der Fortbildungsveranstaltung gegenüber dem Finanzamt glaubhaft machen. Die bloße Zahlung

der Teilnehmergebühr ist hier nicht immer ausreichend. Dies gilt insbesondere bei mehrtägigen Fortbildungsreisen in ein Urlaubsgebiet. Im Zweifelsfall ist die Vorlage des Tagungsprogramms und einer Anwesenheitsbestätigung beispielsweise in Form von Stempeln auf Anwesenheitslisten erforderlich, um nachzuweisen, dass die Reise tatsächlich zur beruflichen Fortbildung genutzt wurde.

Durch private Freizeitaktivitäten mit veranlasste Reisen

Bisher musste die Befriedigung privater Interessen nach dem Anlass der Reise, dem vorgesehenen Programm und der tatsächlichen Durchführung nahezu ausgeschlossen sein um die Kosten für die Reise als Betriebsausgabe abziehen zu können. War dies nicht der Fall, so waren die Kosten für die Reise als gemischte Aufwendungen insgesamt nicht absetzbar, wenn sich ein betrieblich veranlasster Teil nicht nach objektiven Maßstäben sicher und leicht abgrenzen ließ.

Diese Rechtsprechung hat der Bundesfinanzhof letztes Jahr aufgegeben. Vielmehr ist in derartigen Fällen nun eine **Aufteilung der Kosten möglich**. Damit können alle Kosten, die auf den beruflich veranlassten Teil einer gemischten Reise entfallen sowie die anteiligen Kosten für Hin- und Rückreise, Unterbringung und Ähnliches als Betriebsausgaben abgezogen werden. Für die auf den privaten Teil der Reise entfallenden Kosten ist der Abzug nach wie vor ausgeschlossen.

Beispiel:

Kinderarzt A nimmt am Oster-Seminar-Kongress in Brixen teil. Er reist am Sonntag den 17.04.2011 vormittags an und fährt am Samstag, den 23.04.2011 nachmittags wieder zurück. Im Rahmen des Seminars nimmt A am Dienstag den 19.04.2011 an einem halbtägigen Ausflug nach Waidbruck mit Besichtigung der Trostburg teil. Am Donnerstag verbringt er den Nachmittag mit einer Fahrt nach Franzenfeste zur Besichtigung der Festung. Den Rest der Zeit verbringt A nachweislich mit der Teilnahme an Vorträgen und Seminaren. A sind folgende Reisekosten entstanden:

Fahrtkosten	600,00 €
Übernachungskosten	1.260,00 €
Verpflegungskosten (in Höhe der gesetzl. Pauschalen)	240,00 €
= Reisekosten insgesamt	2.100,00 €
Zzgl. Tagungsgebühr	200,00 €
= Kongresskosten insgesamt	2.300,00 €

Die Tagungsgebühr ist in voller Höhe als Betriebsausgabe abziehbar. Die Kosten für Fahrt, Übernachtung und Verpflegung sind nach folgendem Maßstab aufzuteilen: Von den insgesamt 7 Tagen sind zwei halbe Tage Reisetage, sodass sich in der Summe 6 Aufenthaltstage ergeben. Weitere zwei halbe Tage entfallen auf private Ausflüge, die übrigen 5 Tage der 6 Aufenthaltstage nutzte A nachweislich zur beruflichen Weiterbildung. Damit sind 5/6 der Kosten abziehbar.

	Reisezeit	Aufenthalt vor Ort	
		Beruflich veranlasst	Privat veranlasst
Sonntag, 17.04.2011	0,5 Tage	0,5 Tage	–
Montag, 18.04.2011	–	1 Tag	–
Dienstag, 19.04.2011	–	0,5 Tage	0,5 Tage
Mittwoch, 20.04.2011	–	1 Tag	–
Donnerstag, 21.04.2011	–	0,5 Tage	0,5 Tage
Freitag, 22.04.2011	–	1 Tag	–
Samstag, 23.04.2011	0,5 Tage	0,5 Tage	–
Summe	1 Tag	5 Tage	1 Tag

Insgesamt kann A von den Reisekosten in Höhe von 2.100,00 € einen Betrag in Höhe von 1.750,00 € ($2.100,00 € \cdot 5/6$) sowie zusätzlich die Tagungsgebühr in Höhe von 200,00 €, also zusammen 1.950,00 € als Betriebsausgaben abziehen. Steuerlich nicht abziehbar sind Reisekosten in Höhe von 350,00 € ($2.100,00 € \cdot 1/6$).

Hinweis: Wenn der Arzt nach Ende des Seminarprogramms noch aus privaten Gründen ein paar Tage in Brixen bleibt, verschiebt sich dadurch das Verhältnis des privaten Anteils zum betrieblichen Anteil und damit auch die Höhe der abzugsfähigen Kosten.

Zuwendungen der Pharmaindustrie

Im Zusammenhang mit Kongress- und Fortbildungsreisen spielen regelmäßig auch Zuwendungen der Pharmaindustrie eine Rolle. Viele Ärzte werden gelegentlich von dieser zu Kongressen oder Veranstaltungen eingeladen. Diese Einladungen erfolgen zum Teil vollkommen ohne Gegenleistung. Bei Kongressreisen ins Ausland können die ersparten Kosten für den Arzt dabei schnell mehrere Tausend Euro betragen. Grund für diese Zuwendungen durch die Pharmaindustrie ist zum Beispiel das Interesse der Firmen, Ärzte über neue Präparate zu informieren.

Steuerlich sind diese Einladungen nicht unerheblich. Vielmehr stellen sie für den Arzt grundsätzlich Betriebseinnahmen dar und sind daher wie bare Einnahmen im Zusammenhang mit seiner Arztpraxis zu behandeln. Dabei ist es unerheblich, ob der eingeladene Arzt an dieser Reise/Veranstaltung auch auf eigene Kosten teilgenommen hätte.

Ob die Einladung zu Kongressreisen letztendlich den Gewinn aus selbständiger Tätigkeit als Arzt erhöht, hängt davon ab, ob die

Reise ausschließlich betrieblichen Zwecken dient oder auch private Interessen befriedigt werden. Oft findet der Kongress/das Seminar an einem beliebigen Urlaubsort statt, wobei touristische Ausflüge inbegriffen oder zumindest aufgrund eines großzügigen Freizeitrahmens möglich sind. Eine solche Reise dient dann neben den betrieblichen auch allgemein-touristischen, privaten Zwecken.

Soweit die Zuwendungen auf den privaten Anteil der Reise entfallen, erhöhen sie den Gewinn aus selbständiger Tätigkeit als Arzt. Diejenigen Kosten, welche tatsächlich lediglich betrieblichen Interessen dienen, führen hingegen grundsätzlich nicht zu einer Gewinnerhöhung, da sie gleichzeitig wieder als Betriebsausgaben in der Form von Reisekosten abzugsfähig sind. Eine Ausnahme kann hier bei der Gewährung von Mahlzeiten im Rahmen der Reise vorliegen, da hier nicht die tatsächlichen Aufwendungen, sondern lediglich die gesetzlichen Pauschalen wieder als Betriebsausgaben abgezogen werden können.

Hätte in dem obigen Beispiel ein Pharmaunternehmen die gesamten Kongresskosten des Kinderarztes A in Höhe von 2.300,00 € übernommen, hätte er 2.300,00 € Betriebseinnahmen zu versteuern bei einem Betriebsausgabenabzug in Höhe von nur 1.950,00 €. 350,00 € hätte der Arzt als Gewinn zu versteuern.

Zusätzlich zu den steuerlichen Folgen sind im Zusammenhang mit Zuwendungen der Pharmaindustrie auch strafrechtliche und berufsrechtliche Folgen denkbar.

Das strafrechtliche Vorgehen gegen Bestechlichkeit bei Ärzten war im letzten Jahr ein in der Presse häufiger erwähntes Thema. Die oft in diesem Zusammenhang genannten Straftatbestände sind Bestechlichkeit und Vorteilsnahme. Es ist daher ratsam, sich als Arzt vor der Annahme von kostspieligen Geschenken der Pharmaindustrie neben der steuerlichen Behandlung auch bezüglich der möglichen strafrechtlichen und berufsrechtlichen Konsequenzen beraten zu lassen.

Nicole Kannenberg
Diplom-Finanzwirtin (FH),
Laufenberg Michels und Partner
Robert-Perthel-Str. 77a
D-50739 Köln

Red.: ge



Das Moritzl und die jüdische Mame

Gedanken und Beispiele zum jüdischen Humor

© akq / VG Bild-Kunst

Marc Chagall: ÜBER WITEBSK, o.J. Der Schwebende als zentrale Metapher der jüd. Existenz in der Modene, ohne Wurzeln, verfolgt und vertrieben



Dr. Olaf Ganssen

Ein Jude in New York möchte einen Papagei kaufen. Der Händler empfiehlt ihm ein außergewöhnliches Exemplar: „Dieser hier kann jede beliebige Fremdsprache.“ Der Mann testet den Vogel: „Do you speak English?“ „Yes.“ „Tu parles Français?“ „Oui.“ „Hablas Espanol?“ „Si.“ „Sprichst Du Deutsch?“ „Ja.“ Der Mann denkt kurz nach: „Kenst ejdn Jiddisch?“ Der Papagei: „Nu – mit e Nos wie ich, wos gloybste?“

Das Jiddische, die Sprache der Aschenasim, der osteuropäischen Juden, ist der kulturelle Nährboden des jüdischen Witzes. Es setzt sich aus mehreren Sprachelementen zusammen: Einem hochmittelalterlichen Deutsch, slawisch-polnischen und hebräischen Anteilen. Man schätzt, dass noch über 5 Millionen Jiddisch verstehen und sprechen, v.a. in den USA, Israel und Osteuropa.

Über die Situationskomik hinaus liegt oft ein Hauch Melancholie über einer geschilderten Szene, bis hin zu bitterer Selbstironie. Kein Volk hat so viel über sich selbst und die eigenen Schwächen gespottet und gelacht,

weil der Witz oft die einzige Waffe der Wehrlosen war und ein Ventil zum Überleben.

Dieser spezifische Humor gehört heute der Vergangenheit an, denn das Milieu, in dem er gedieh, existiert nicht mehr: Das Shtetl, die typische dörfliche Kleinstadt im Zarenreich und der Donau-Monarchie, von Litauen über Polen, die Ukraine bis Galizien. Hier prägten deren jüdische Bewohner Gesellschaft und Kultur und pflegten ihre religiöse Tradition. Sie lebten unter ärmlichsten Bedingungen als kleine Handwerker, Händler, Hausierer oder Schankwirte. Auswanderung, Vertreibung, Ghettoisierung und

schließlich der Holocaust haben sie ausgelöscht. Immerhin ist ein Nachleben erhalten geblieben in der musikalischen Folklore, v.a. der Klezmermusik und in der Bildwelt Marc Chagalls.

Wo Juden es ins Exil schafften, haben sie ihren Humor mitgenommen, v.a. in die USA. Hier waren sie nicht mehr physisch bedroht, aber ein latenter Antisemitismus war allgegenwärtig.

Gerade das Bemühen, nicht aufzufallen, sich dem neuen Lebensstil anzupassen und vorwärts zu kommen, erzeugte psychomatische Beschwerden, Neurosen und Hypochondrie, zu der Juden nach eigener

Aussage neigen. Und so landeten sie überdurchschnittlich häufig auf der Couch eines Psychoanalytikers, der oft ein Landsmann war. Daher galt die Psychoanalyse damals in Amerika als eine >Jewish Science<.

Wie kamen manche Juden zu ihren bizarren, teils lächerlichen, teils auch ehrverletzenden Namen? GRÜN oder BLAU von Farben; OPPENHEIMER, DANZIGER waren Herkunftsbezeichnungen; WECHSLER wies auf den Beruf hin. ROTHSCHILD und RINDSKOPF stammten von Häusernamen im Frankfurter Ghetto. Schlimmer waren ALBERTUM, ZIFFERBLATT, HIRSCHTALG oder ANFÄNGER.

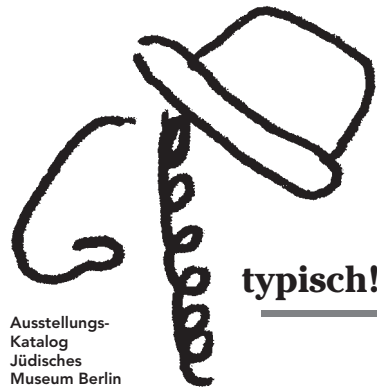
Dazu der Judaist Prof. Aschoff (Münster): „Die Juden trugen bis ins 18., ja meist noch ins 19. Jh. keine festen Familiennamen, weswegen die jüdische Genealogie selten weit trägt. Ihr Nachname war der Vorname des Vaters, also Isaak (ben) Abraham heißt: Isaak, Sohn des Abraham. „Ben“ wurde dabei in aller Regel weggelassen... Die entehrenden Namen stammen aus den östlichen Teilen Österreich-Ungarns. Dort durften die Juden nicht wählen, sondern die Namen wurden ihnen zudiktirt. Sie waren Schikane der unteren Behörden, mit dem Ziel, einen schönen zu kaufen. Die Vermögenden leisteten sich GOLD, GOLDSTEIN oder DIAMANT, während die Mittellosen auf GRÜNSPAN sitzen blieben.“ – Ihre große Verbreitung, die über die Zahl ihrer Träger weit hinaus ging, bekamen sie aber v.a. durch herabsetzende, ein Cliché bedienende Judenwitze.

Der jüdische Autor Jan Meyerowitz zitiert Statistiken aus der Zeit vor und nach dem ersten Weltkrieg, die belegen, dass Juden bei Finanzdelikten, Diebstahl und Hehlerei, gemessen am Bevölkerungsanteil, deutlich höher, bei Gewaltdelikten jeder Art deutlich geringer vertreten waren:

Zwei Juden treffen sich auf der Straße. „Ich hab Dich ja so lange nicht gesehen, wo warste denn?“ „Verreist, 6 Monate.“ Der andere: „6 Monate verreist?? Warum haste nich eingelegt a Berufung?“

Die Geschichte erklärt es: Papst Alexander III. gestand nur den Juden 1179 das Recht zu, Geld gegen Zinsen zu leihen, was Christen verboten war (Kanonisches Zinsverbot). Die mittelalterliche Sozialordnung nahm sie nicht in Zünfte und Korporationen auf. So blieben sie abgedrängt auf Kleinhandel mit Trödel, Pfandleihe und andere Geldgeschäfte.

Der jüdische Witz hat viele Facetten: Eine verkörpert das MORITZL, ein pffiffig-vorlauter Knirps, der u.a. das verbreitete kommerzielle Denken der Juden aufspießt: Der reiche Onkel Danziger kommt zu Besuch: „MORITZL, was würdeste machen, wenn ich Dir werd' schenken 20 Kronen?“ „Nachzähl, Onkele, nachzähl!“



Ausstellungskatalog
Jüdisches
Museum Berlin

typisch!

Aber nicht nur ging's um den schnöden Mammon:

Der Rabbiner hat den Schülern erklärt: „Hunde, die bellen, beißen nicht.“ Der Unterricht ist aus, er verläßt mit den Kindern die Schul; da rennt laut kläffend ein Hund auf die Gruppe zu und alle, vorweg der Rabbiner, nehmen Reißaus, so schnell es der lange Kaftan erlaubt. Moritzl schreit von hinten: „Aber Rebbe, Du hast uns doch grade erklärt, Hunde, die bellen, beißen nicht.“ Worauf sich der Rabbiner keuchend umdreht: „Ich weiß, aber weiß ich, ob er weiß?“

Ein Kapitel für sich ist die JÜDISCHE MAME: Eine Glücke von rührender, oft erstickender Fürsorge, besonders gegenüber dem Sohn, und das, so lange sie lebt. Etwas boshaft sagt man ihr nach, sie mache ihm nachts nochmal rasch das Bett, während er aufs Klo geht.

Der Unterschied zwischen einer italienischen Mamma und einer jüdischen Mame? Nun, die italienische Mamma sagt: „Amore, iß Deinen Teller leer, oder ich bring Dich um!“ – Die jüdische Mama sagt: „Bubele, iß Deinen Teller leer, oder ich bring m i c h um!“

Genau solch eine kommt in die Garderobe eines Klaviervirtuosen: „Mein Sohn spielt wunderbar Klavier, Sie müssen ihn fördern.“ Doch der sagt: „Tut mir Leid, aber so etwas mache ich prinzipiell nicht.“ Die Mame läßt nicht locker. Schließlich bequemt sich der berühmte Virtuose, wenigstens ein Band anzuhören, das sie mitgebracht hat. „Das war ja ausgezeichnet,“ sagt er beeindruckt, „Ihr Sohn spielt wie Horowitz.“ „Das war Horowitz, aber mein Sohn spielt wie er!“

Heiratet er endlich, ist das die Scheidung von seiner Mutter. Wenn es denn sein muss: für eine Schickse, ein nichtjüdisches Mädchen, ist er natürlich zu schade. Eine echte Mame verzeiht aber auch das, vergisst aber nie, dass sie verziehen hat.

Von Sigmund Freud stammt eine Arbeit „Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten.“ Man weiß, dass er jüdische Witze sammelte und den folgenden gern erzählt hat:

Ein Jude bemerkt Speisereste im Bart seines Gegenüber. „Ich kann Dir sagen, was Du gestern gegessen hast.“ „Nu, sag...“ „Also Linsen. „Gefählt! – Vorgestern.“

Noch ein Mal zurück nach New York, in die U-Bahn. Eine anrührende Szene, in der Jüdisches im Exil und die Moderne der Großstadt sich für einen Moment versöhnen:

Eine alte Jüdin wendet sich an ihren rechten Nebenmann: „Kenst rejdn Yidish?“ „I beg your pardon, Madam.“ Sie wendet sich an den linken Nebenmann: „Kenst rejdn Yidish?“ „Sorry, what's that?“ Sie fragt ihren Gegenüber: „Kenst rejdn Yidish?“ „Ya, mameleh, ich schprecht Yidish.“ „Gott sei Dank! – Sogt mer, what time is it?“

Dr. Olaf Ganssen
Am Grünwald 38
42549 Velbert

Red.: ge

LITERATUR

- Landmann, S. Jüd. Witze, Nachlese 1960-1976. dtv 1972
- Köhler, P. Das Leben ist ein Hering an der Wand. Reclam Taschenbuch 2003
- Meyerowitz, J. Der echte jüdische Witz. Colloquium Verlag, Berlin 1971
- Loewenthal, E. Eine Enzyklopädie des jüd. Witzes, München 1999
- Bundeszentrale f. polit. Bildung, Geschichte des jüd. Volkes 140, 1991
- Zeit-Magazin, „Typisch jüdisch?“ 31.3.2010

Buchtipp

Hannsjörg Bachmann,
Martin Claßen (Hrsg.)

Harn- und Stuhlinkontinenz bei Kindern und Jugendlichen



Verlag UNI-MED Science,
2010, 128 S., 46 Abb.,
ISBN 978-3-8374-1204-8,
€ 29,80

Aktuelle und prägnante Monographien zu einem Themenkomplex der Medizin sind das Kennzeichen der Science-Serie aus dem Uni-Med-Verlag Bremen. Im vorliegenden Buch widmen sich Hannsjörg Bachmann und Martin Claßen, unterstützt von einem interdisziplinären Team aus namhaften Kinderneurologen, -urologen, -gastroenterologen sowie Kinder- und Jugendpsychiatern, Urotherapeuten und Sozialmedizinern einem häufig verschwiegenen bzw. tabubelegtem Thema, der Harn- und Stuhlinkontinenz bei Kindern und Jugendlichen.

Um es vorwegzunehmen: gerade für Neueinsteiger, aber auch Refresher tun sie dies hervorragend mit der Darstellung eines klar gegliederten diagnostischen Prozesses und gut nachvollziehbaren Therapieangebots, welches aus den Erfolgen, aber auch den Behandlungsschwierigkeiten keinen Hehl macht. Harn- und Stuhlinkontinenz werden einerseits getrennt behandelt, andererseits wird in den beschriebenen Komorbiditäten aufeinander verwiesen, was auch der Realität mancher Kinder und Jugendlichen sowie der Behandler entspricht.

Beide Inkontinenzdarstellungen werden eingeleitet durch kurz zusammengefasste Kapitel, die sich der physiologischen Reifung von Trocken- und Sauberwerden widmen: bedeutsam deshalb, weil es auch unter Kinder- und Jugendärzten darüber sehr unterschiedliche Meinungen gibt, denen hier evidente Forschungsergebnisse gegenübergestellt werden.

Deren Kenntnis ist für eine angemessene Elternberatung gerade in der Kinderarztpraxis unerlässlich! Dies gilt genauso für die epidemio-

logischen Fakten, die in der Monographie gut lesbar und gegliedert auf wenigen Seiten anhand der aktuellsten, internationalen Literatur zusammengefasst sind. Diese wird für den Leser auf den folgenden Seiten zur Terminologie, den Definitionen wie den Komorbiditäten aufbereitet und durch ein geschicktes Layout mit didaktisch guten Abbildungen unterstützt.

Jeweils getrennt werden ferner die organischen und die funktionellen Inkontinenzursachen sowie der dazu notwendige diagnostische Gang kurz und knapp dargestellt, wobei dazu auch die wichtigen kinder- und jugendpsychiatrischen Aspekte gehören. In einem eigenen Kapitel am Ende des Buches werden die dabei benutzten Arbeitsmaterialien vorgestellt, eine kleine Fundgrube auch für gelegentliche Nutzer, zur Verfügung gestellt von langjährigen „Experten der Praxis“, also der Beratung betroffener Kinder, Jugendlicher und ihrer Eltern. U.a. gehört dazu ein Kurzaufsatz zur Interpretation von Uroflowkurven.

Die Therapiekapitel orientieren sich sinnvollerweise wieder an der Differenzierung der organischen und der funktionellen Inkontinenzformen bzw. den Komorbiditäten. Besonders bei der funktionellen Harninkontinenz und als einer ihrer Spezialvarianten, der monosymptomatischen Enuresis nocturna, werden ja häufig Medikamente eingesetzt, nicht selten auch verknüpft mit dem elterlichen Wunsch nach rascher Abhilfe. An Bael aus Antwerpen – eine der Co-Autorinnen der Europäischen Studie zur Blasendysfunktion – legt hier das Pro- und Contra medikamentöser Therapie überzeugend dar.

Damit stellt sich natürlich die Frage anderer therapeutischer Interventionen: was verbirgt sich hinter dem Begriff Urotherapie und was hinter dem Konzept einer interdisziplinären Blasenschulung? Welches Kind ist dafür geeignet, wie sollen Eltern informiert werden?

Dazu werden in der gebotenen Kürze die mittlerweile elaborierten Konzepte referiert. Dies gilt in ähnlicher Weise für die zur Zeit noch individualisierte Behandlung der Stuhlinkontinenz.

Dem Buch ist somit eine weite Verbreitung unter den praktisch tätigen Kinder- und Jugendärzten in Klinik und Praxis zu wünschen, es gibt im deutschsprachigen Schrifttum nichts Vergleichbares in so kompakt fundierter Form.

Wer sich allerdings – angeregt durch diese Lektüre und die Notwendigkeit alltäglicher Beratung – mehr mit dem Thema Harninkontinenz bei Kindern beschäftigen möchte, der sei auf das ebenfalls 2010 erschienene Manual „Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter“ verwiesen, das durch die Konsensusgruppe Kontinenzschulung – KgKS – bei Pabst Publishers herausgegeben wurde, der die oben genannten Autoren ebenfalls angehören.

Dr. Thomas Lob-Corzilius
Kinderhospital Osnabrück
Iburger Str. 187
49082 Osnabrück

Red.: Riedel

Kerstin Weikert

Ich glaub' es hakt!

Infos rund ums Thema Stottern
Ein Ratgeber der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (Hrsg.) für Jugendliche

1. Auflage 2011, 44 Seiten + DVD
(35:10 Min), € 8,50



Das Büchlein bietet Informationen rund ums Stottern, behandelt das Thema Stottern und Schule mit den Aspekten Mobbing sowie Umgang der Lehrer mit dem Stottern und informiert über Ausbildung und Beruf.

Wichtig ist hierbei der nach wie vor zu wenig bekannte Nachteilsausgleich, dass stotternde Schüler und Schülerinnen sowie Auszubildende wegen ihres Stotterns nicht benachteiligt werden dürfen, bspw. bei der mündlichen Notengebung oder in mündlichen Prüfungen. Die Grundlage dessen findet sich im Grundgesetz (Artikel 3, Absatz 3): „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Über Therapien wird gut und umfassend informiert und dazu ermutigt, sich seinem Stottern zu stellen und Angebote zu nutzen, auch die der Stotterer-Selbsthilfe.

Während das Büchlein dem Alter der Jugendlichen gemäß ansprechend, informativ und lebendig gestaltet ist, wirkt die beiliegende DVD nachteilig auf mich: langatmige Interviews und wenig spannende Hintergründe bzw. Szenenwechsel. Das Alter der Interviewpartner wurde nicht immer adäquat gewählt. Für einen begleitenden Film hätte ich mir eine modernere und „peppigere“ und dadurch sicher auch motivierendere Gestaltung für diese Zielgruppe gewünscht.

Anja Mannhard,
Lörrach

Red.: ge

Michael Krins,
Mechthild Runnebohm

Kinder beim Arzt – Ein Vorlesebuch für Kinder

Druckerei H.-J. Rießelmann GmbH,
Lohne, 2011, 88 S., ISBN-Nr.: 978-3-00-033706-2, € 19,80



Brauchen wir in unseren Wartezimmern Vorlesebücher zum Thema Kinder beim Arzt? Oder ist es allein Sache der Eltern, Kinder auf den Praxisbesuch vorzubereiten?

Die „Studie zur Kinderliteratur im Wartezimmer Bremer Kinderärzte“ lässt vermuten, dass wir in unseren

Praxen nur selten die Möglichkeit nutzen, Kinder durch geeignete Literatur auf das vorzubereiten, was sie beim Arztbesuch erwartet. Auch ich habe mich erst jetzt intensiver mit diesem Thema beschäftigt.

Irgendwann ist für alle Eltern und Kinder der Arztbesuch „das Erste Mal“. Da gibt es unbeantwortete Fragen und vielleicht auch Verunsicherung. „Muss ich mich ausziehen? Muss ich mich hinlegen, den Mund aufmachen, obwohl er mir vielleicht schon weh tut, bekomme ich einen Pieks?“ usw. Man kann davon ausgehen, dass ein Teil unsere Kinder bereits im Vorfeld mit Ängsten zu kämpfen hat, und wahrscheinlich auch manche Eltern. Jeder kennt diese ängstlich schreienden Kinder, oder jene, die partout nichts mitmachen wollen, und deren oft hilflose Eltern!

Gerade für diese könnte ein Vorlesebuch vor dem Besuch beim Doktor hilfreich sein, das zu den Themen „der Besuch“, „die Vorsorgeuntersuchung“ und „kranke Kinder“ mit liebevoll fotografierten Situationen aus dem Praxisalltag und kindgerechten kurzen erklärenden Texten informiert. Dabei stehen die Gesichter fröhlicher, strahlender, aber auch weinender und verschüchterter Kinder im Mittelpunkt – ein realistischer Blick auf den „Arztbesuch“.

Wie verhalte ich mich, wenn mein Kind eine ansteckende Erkrankung haben könnte? Wie kann ich dies vielleicht zu Hause schon erkennen? Der Autor hat alle Kapitel seines Buches mit wertvollen kurzen Tipps für Eltern versehen und diese jeweils mit einer Glühbirne kenntlich gemacht.

Man spürt deutlich, dass viele Jahre Praxistätigkeit, verbunden mit einem großen Schatz an Erfahrung Pate standen. So helfen seine Bemerkungen, für den Leser fast unmerklich, den Praxisablauf sinnvoll zu optimieren, das Miteinander von Kind, Eltern, Praxismitarbeitern stressfreier zu gestalten und alles in gegenseitiger Wertschätzung. Man findet keinen „erhobenen Zeigefinger“. Man erlebt einen „Praxistag“ aus Sicht der Kinder in brillanten Texten und Fotos: Kinder/Eltern bei der Anmeldung, im Wartebereich, bei der entwicklungsneurologischen Untersuchung, beim Ultraschall, Lungenfunktion, Hör- und Sehtest und bei vielem mehr. Auch eine Jugendliche strahlt in die

Kamera beim Ausfüllen eines Fragebogens zur J1 – einer Vorsorge, die oft leider noch ein „Stiefmütterchenda-sein“ in unseren Praxen führt.

In dem Buch werden Ängste nicht verniedlicht oder gar vergessen, sondern angesprochen. „Malte bekommt einen Pieks, damit er später nicht krank wird“ so steht es im Text zur Impfung. Malte auf dem Foto ist nicht begeistert, eine tröstende Mutter und auf dem nächsten Foto ein Halt gebender Vater helfen gemeinsam, diese unangenehme, aber sehr wichtige Maßnahme zu überstehen. Das ist nur ein Beispiel, wie dieses Buch zur Resilienzförderung unserer Kinder beitragen kann, also der Fähigkeit, mit unangenehmen Situationen, ohne Schaden zu nehmen klar zu kommen. Problemlösungen werden im Text vorgeschlagen. Die gekonnt umgesetzten Bilder transportieren diese Ideen. So ist dieses Buch auch wertvoll für Eltern/Kinder, die der deutschen Schriftsprache noch nicht so mächtig sind.

Mein Fazit: Gezielt ausgesuchte Bücher, die unsere Patienten und deren Eltern auf den Praxisbesuch vorbereiten, gehören in jedes Wartezimmer. Für sensible ängstliche Kinder sollten diese Bücher bereits zu Hause genutzt werden. Sie können unseren Patienten, Eltern und uns als Praxisteam im täglichen Miteinander helfen.

Das hier besprochene Buch reiht sich sehr gut in eine Vorschlagsliste geeigneter Kinderliteratur für das Wartezimmer des Kinderarztes ein.

Dr. med. Michael Warmuth,
Wardenburg

Red.: ReH

**Ein Lachen
schenken**

KlinikClowns e.V. | Tel. 081 61/4 18 05
www.klinikclowns.de
Spendenkonto 45900
Freisinger Bank eG, BLZ 701 696 14

Tagungen und Seminare

Mai 2011

20. Mai 2011, Osnabrück
Modul zum Anaphylaxietrainer
Info: www.akademie-luftikurs.de

26.–28. Mai 2011, Mannheim
37. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und
Pädiatrische Intensivmedizin
Info: www.gnpi.de

31. Mai–1. Juni 2011, Heidelberg
58. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der
Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie: Nachsorge –
Sorge danach. Spätfolgen und Versorgungsangebote
Info: www.kinderkrebsinfo.de

Juni 2011

2.–4. Juni 2011, Osnabrück
35. Fortbildungstagung: Das Bobath-Konzept – konkret –
Info: www.bobath-vereinigung.de

17.–18. Juni 2011, Freiburg
30. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der
Dt. Ges. für Unfallchirurgie e.V.
Info: www.skt2011.de

24.–25. Juni 2011, Berlin
Immunologische Summer School 2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

Juli 2011

4.–6. Juli 2011, Osnabrück
Basiskompetenz Patiententrainer
Info: www.akademie-luftikurs.de

6.–8. Juli 2011, Osnabrück
Modul zum Asthmatrainer
Info: www.akademie-luftikurs.de

8.–10. Juli 2011, Fraueninsel/Chiemsee
25. Vogtareuther Epilepsieseminar,
15. Vogtareuther Epilepsie-Workshop,
6. Vogtareuther Neurorehabilitationsseminar
Info: E-Mail: iarbinger@schoen-kliniken.de

9.–10. Juli 2011, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder
www.aabw.de

14.–15. Juli 2011, Osnabrück
Modul zum Neurodermitistrainer
Info: www.akademie-luftikurs.de

23.–24. Juli 2011, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder
www.aabw.de

August 2011

26.–27. August 2011, Berlin
Pneumologisch-allergologische Summer School 2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

September 2011

17. September 2011, Osnabrück
Modul zum Anaphylaxietrainer
Info: www.akademie-luftikurs.de

Oktober 2011

7.–8. Oktober 2011, Osnabrück
Ausbildung zum Asthmatrainer
Info: www.akademie-luftikurs.de

November 2011

2.–4. November 2011, Frankfurt/Main
59. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der
Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie:
Psychoedukative Maßnahmen
Info: www.kinderkrebsinfo.de

11.–12. November 2011, Osnabrück
Ausbildung zum Asthmatrainer
Info: www.akademie-luftikurs.de



Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

mobil SICHER-RATGEBER

„Kinder im Straßenverkehr“
Tipps zur Vermeidung von Kinderunfällen
Dr. Rita Bouraue, 2. überarb. Auflage 2003,
144 Seiten, ISBN 978-3-7950-0791-1

NUR € 9,90

**SCHMIDT
RÖMHILD** DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1879

Max Schmidt-Römhild KG · Mengstr. 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-267
Fax 70 31-281 · www.schmidt-roemhild.de · vertrieb@schmidt-roemhild.com

AUS DEM INHALT:

- ⚠ Welcher Kindersitz für mein Kind im Pkw?
- ⚠ Schwanger: Noch ans Steuer?
- ⚠ Warum sind Jungen im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen?
- ⚠ Vorbereitung auf den Straßenverkehr: Was müssen Eltern wissen?
- ⚠ Spielraum Straße
- ⚠ Wie schicke ich mein Kind zur Schule?
- ⚠ Kinderbeförderung auf dem Fahrrad
- ⚠ Welches Rad für mein Kind?
- ⚠ Mehr als 100 Tipps zur Verkehrssicherheit

Fortbildungstermine des BVKJ

Mai 2011

18.–20. Mai 2011

**Chefarzttagung –
Seminar für Klinikärzte**
des bvkJ e.V., Altötting

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069
Köln, Tel. 0221/68909-16, Fax: 0221/
68909-78

21. Mai 2011

1. Hebammen- u. Pädiaterkongress NRW
Oberhausen

Auskunft: Dr. Antonio Pizzulli, 50679
Köln, Tel. 0221/813281, Fax 0221/818089;
Dr. med. Thomas Fischbach, 42719 Solin-
gen, Fax 0212/315364 ④

21.–22. Mai 2011

21. 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

Juni 2011

17.–19. Juni 2011

41. Kinder- und Jugendärztetag 2011

des bvkJ e.V., Berlin
*Verzahnung – Allgemeinpädiatrie mit pä-
diatrischen Subdisziplinen*
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069
Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/
6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ①

18.–19. Juni 2011

**6. Praxisfieber Live Kongress für MFA in
Kinder- und Jugendarztpraxen**

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

Juli 2011

9.–10. Juli 2011

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Andreas Scheffzek, Friedrich
Ebert-Anlage 23a, 69126 Heidelberg, Tel.
06221/23404, Fax: 06221/21506 ②

August 2011

27. August 2011

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., Dresden
Auskunft: Dr. med. K. Hofmann, PF 948,
09009 Chemnitz, Tel. 0371/33324130, Fax
0371/33324102 ①

September 2011

2.–3. September 2011

14. Seminartagung des LV Hessen

des bvkJ e.V., LV Hessen, Bad Nauheim
Auskunft: Dr. Josef Geisz, Bahnhofstr. 24,
35576 Wetzlar, Tel. 06441/42051, Fax
06441/42949 ①

10.–11. September 2011

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 04531/12397
Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/
940134, Fax 05141/940139 ②

Oktober 2011

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., Bad Orb
*Update „Ernährung des gesunden und des
kranken Kindes“*

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

November 2011

5.–11. November 2011

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkJ e.V., Verden
Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und
Dr. med. Ulrike Gitmans ③

12.–13. November 2011

Praxisabgabe-Seminar

des bvkJ e.V., Friedewald
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069
Köln, Tel. 0221/68909-10, Fax: 0221/
683204

19.–20. November 2011

9. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Bayern, Bamberg
Auskunft: Dr. Martin Lang, Tag.-Leiter:
Prof. Dr. C. P. Bauer, Bahnhofstr. 4, 86150
Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax
0821/38399 ③

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 Juni 2011

65. Geburtstag

Herrn Roland *Konrad*, Bremerhaven, am 02.06.
 Herrn Dr. med. Armin *von der Linden*, Viernheim, am 02.06.
 Frau Dipl.-Med. Margot *Schädlich*, Reichenbach, am 04.06.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Strebel*, Oberasbach, am 04.06.
 Herrn Dr. med. Dieter *Kahn*, Berlin, am 06.06.
 Frau Dr. med. Ulrike *Kiesselbach*, Hamburg, am 06.06.
 Herrn Dr. med. Walter *Müller*, Bielefeld, am 07.06.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Weinans*, Donzdorf, am 08.06.
 Herrn Dr. med. Stephan *Veit*, Worms, am 11.06.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Günther*, Essen, am 12.06.
 Herrn Dr. med. Bernd *Viehmann*, Oberursel, am 14.06.
 Frau Dr. med. Ute *Student*, Bad Krozingen, am 18.06.
 Herrn Dr. med. Manfred *Wild*, Bad Tölz, am 18.06.
 Herrn Dr. med. Klaus *Helm*, Detmold, am 19.06.
 Herrn Dr. med. Bruno *Stober*, Rastatt, am 22.06.
 Frau Gudrun *Klingbeil*, Berlin, am 23.06.
 Frau Dipl.-Med. Wiltrud *May*, Ilsenburg, am 23.06.
 Frau Danuta *Bartz*, Gummersbach, am 24.06.
 Frau Dr. med. Dorit *Fischer*, Cremlingen, am 24.06.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Görtz*, Oberstenfeld, am 25.06.
 Herrn Dr. med. Per Kristian *Gildberg*, Flensburg, am 29.06.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Manfred *Keuerleber*, Weinsberg, am 05.06.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Fleischer*, Berlin, am 07.06.
 Frau Brigitte *Krüger*, Quedlinburg, am 09.06.
 Herrn Dr. med. Bernhard *Gerlicher*, Garmisch Partenkirchen, am 11.06.
 Herrn Dr. med. Christoph *Beck*, Gunzenhausen, am 13.06.
 Frau Dr. med. Helga *Thomas*, Bad Frankenhausen, am 16.06.

Frau Dr. med. Marianne *Laurig*, Heidelberg, am 18.06.
 Frau Dr. med. Ursula *Gropp-Merl*, Bad Honnef, am 19.06.
 Frau Dr. med. Gerlinde *Becker*, Dormagen, am 22.06.
 Frau Dr. med. Ingrid *Haring*, Wernigerode, am 22.06.
 Herrn Dr. med. Lawchak *Fahmi*, Neulußheim, am 24.06.
 Herrn Volker *Mittenzwei*, Königs Wusterhausen, am 25.06.
 Herrn Prof. Dr. med. Dieter *Kiosz*, Kiel, am 26.06.
 Frau Dr. med. Waltraud *Wirtz*, Koblenz, am 26.06.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jan Christoph *Hummel*, Darmstadt, am 04.06.
 Frau Dr. med. Gisela *Wagner*, Weiden, am 05.06.
 Herrn Dr. med. Werner *Behmann*, Idar-Oberstein, am 06.06.
 Frau Dr. med. Ingrid *Schröder*, Eberswalde, am 07.06.
 Herrn Dr. med. Alois Klemens *Putze*, Limburg, am 21.06.
 Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Hiller*, Köln, am 25.06.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Marie-Luise *Lorenzmeier*, Bad Salzuflen, am 04.06.
 Frau Dr. med. Hannelore *Kambach*, Potsdam, am 14.06.
 Herrn Prof. Dr. med. Hansjörg *Cremer*, Heilbronn, am 18.06.
 Frau Dr. med. Päule *Richter*, Wermelskirchen, am 23.06.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Joachim *Heidrich*, Oppenheim, am 06.06.
 Herrn Dr. med. Robert *Feldmann*, Bergisch Gladbach, am 11.06.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Eberhard *Wokittel*, Grünwald, am 17.06.
 Frau Dr. med. Hannelore *Brück*, Neumünster, am 18.06.
 Herrn Dr. med. Georg *Jäkle*, Landshut, am 23.06.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Anton *Schäffner*, Grafing, am 27.06.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerta *Weidner*, München, am 03.06.
 Frau Hanna *Schüler*, Solingen, am 23.06.

86. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wilhelm *Plettenberg*, Essen, am 01.06.
 Herrn Dr. med. Wolf *Roos*, Kaiserslautern, am 08.06.
 Herrn Dr. med. Christoph *Gralka*, Bad Kreuznach, am 21.06.
 Frau Dr. med. Lia *Jancu*, Mülheim, am 27.06.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Viersbach*, Köln, am 01.06.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Melanie v. Arco-Zinneberg, München, am 08.06.
 Herrn Dr. med. Heribert *Pauly*, Essen, am 19.06.
 Herrn Dr. med. Ernst *Bickel*, Bremerhaven, am 29.06.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Klaus*, Nordhorn, am 07.06.
 Frau Dr. med. Gisela *Lottermoser*, Oldenburg, am 18.06.
 Frau Dr. med. Gisela *Wengler*, Bad Kreuznach, am 28.06.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Rütten*, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 01.06.
 Frau Dr. med. Eva *Frey*, Stuttgart, am 19.06.

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Marianne *Andersen*, Pullach
 Herrn Prof. Dr. med. Peter *Emmrich*, Baldham
 Herrn Dr. med. Werner *Goldschmidt*, Hamburg
 Frau Dr. med. Theresia *Hoppe*, Berlin
 Frau Dr. med. Marga *Koch*, Köln
 Frau Dr. med. Elisabeth *Muscholl*, Augsburg
 Frau Dr. med. Heidi *Olschewski-Burkhardt*, Dortmund
 Frau Dr. med. Almut *Wissing*, Essen

Frau Dr. med. Helmi *Freisinger*,
Völklingen, am 29.06.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitta *Englisch*, Itzehoe,
am 09.06.

Frau Dr. med. Ilse *Wilckhaus*, Lübeck,
am 23.06.

Herrn Dr. med. Hans-Ulrich *Sauerbrei*,
Essen, am 25.06.

Herrn Dr. med. Günther *Eisold*,
Gelsenkirchen, am 28.06.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schwarz*, Freiburg,
am 05.06.

Herrn Dr. med. Friedrich *Hosemann*,
Nordhorn, am 12.06.

Frau Dr. med. Lore *Arp*, Plön, am 22.06.

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Lothar
Karolyi

Frau Dr. med. Rana
Tuncer-Klaiber

Herrn Dr. med. Frieder
Wenk

Frau Dr. med. Andrea *Walka*
Frau Patricia *Arz*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Angelo *Aleo*

Frau Julia *Welnhofer*

Herrn Dr. med. Michael
Hardt

Frau Dr. med. Eva Maria
Schiebelsberger

Frau Desiree *Ratay*

Frau Heidi *Wagner*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Andrea
Neuendank

Frau Meike *Hümer*

Frau Elisabeth *Riedewald*

Landesverband Hamburg

Frau Patricia *Lengua*
Hinojosa

Landesverband Hessen

Herrn Dr. med. Ferhat *Tezer*

Herrn Klaus Günther *Steitz*

Frau Meral *Yildiz*

Frau Karin *Flühr*

Landesverband Niedersachsen

Frau Julia *Krüger*

Frau Julia *Muyimbwa*

Landesverband Nordrhein

Frau Alexandra *Böhne*

Frau Kristina *Siemens*

Frau Dr. med. Judith
Voßbeck

Frau Cornelia *Wenzel*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Andrea *Jehn*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Anna *Treptow*

Frau Dr. med. Birgit
Schindele

Frau Julia *Tittel*

Frau Larisa *Zeisler*

Frau Julia *Gestrich*

Frau Prisca *Schwammekrug*

Frau Ditte *Schädlich*

Landesverband Sachsen- Anhalt

Frau Regina *Klink*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Ulla

Jochumsen

Frau Alice *Rohde*

Landesverband Thüringen

Herrn Michael *Selke*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn PD Dr. med.

Bernhard *Erdlenbruch*

Herrn Nico *Stenger*

Herrn Dr. med. Maximilian
Eckerland

Frau Dr. med. Laima *Petrick*

Frau Dr. med. Friederike

Grete

● Pädindex

Sonnenmanagement im Kindesalter

Konsequenter UV-Schutz: Wann, wie und wie viel?

Sonnenbrände in der Kindheit erhöhen das Risiko, im späteren Leben an Hautkrebs zu erkranken. Wichtig ist daher ein ausreichender Schutz der empfindlichen Kinderhaut. Entscheidend für die protektive Wirksamkeit von Sonnenschutzmitteln ist eine Schichtdicke von 2 mg/cm². Das Sonnenschutzmittel Daylong®Kids SPF50 verfügt nun über einen praktischen Dosierspender mit detaillierter Dosieranleitung, mit dem es Eltern möglich ist, die richtige Menge zu applizieren. Über effektive Strategien des Sonnenschutzes sprachen wir mit dem Dermatologen Prof. Dr. Dietrich Abeck aus München.

? Welche physiologischen Besonderheiten der kindlichen Haut sind für die hohe Lichtempfindlichkeit verantwortlich?

Abeck: Kinder haben eine andere Hautstruktur als Erwachsene. Die das Stratum corneum bildende Corneozyten sind kleiner, wodurch diese – die Hautbarriere beinhaltende Schicht – 30% dünner ist als bei Erwachsenen. Die Epidermis selbst ist um insgesamt 20% dünner. Zudem weist Kinderhaut wesentliche geringere Konzentrationen an Melanin auf, das den wichtigsten Schutz vor der ultravioletten Sonnenlichtstrahlung vermittelt.

? Welche speziellen Risiken bergen UV-Exposition oder Sonnenbrände in der Kindheit?

Abeck: Durch umfangreiche epidemiologische Studien ist gut belegt, dass die Zahl der Nävuszellnävus, d.h. der potentiellen Melanom-Vorstufen, mit der Höhe der UV-Exposition in der Kindheit korreliert. Wiederholte Sonnenbrände in der Kindheit führen zu einem signifikant erhöhten Risiko, an einem malignen Melanom zu erkranken. Darüber hinaus können Sonnenbrände in der Kindheit das Risiko erhöhen, in späteren Jahren als Erwachsener an hellem Hautkrebs zu erkranken.

? Welche Schutzmaßnahmen können die Eltern treffen?

Abeck: Am wichtigsten ist es, den aktiven Aufenthalt in der Sonne zu vermeiden, insbesondere zu den Zeiten, an denen die UV-Strahlung am stärksten ist, also zwischen 11 bis 16 Uhr. Auf diese 5 Stunden entfallen bis zu 80% der täglichen UV-Gesamtexposition! Wenn das nicht möglich ist, sollte zumindest auf einen adäquaten Schutz der Haut geachtet werden. Am sinnvollsten ist der Schutz durch Textilien einschließlich eines speziell konzipierten

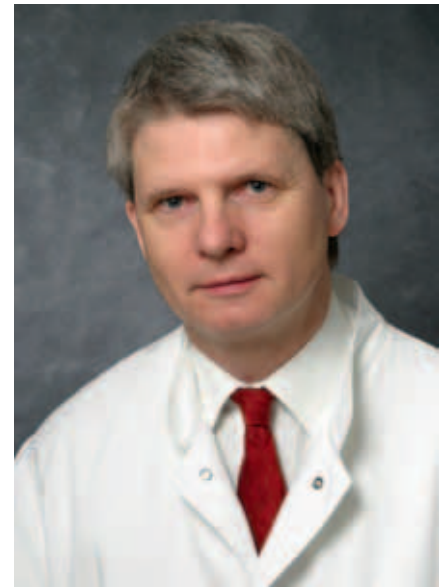
Sonnenhutes mit Nacken- und Ohrenschutz und langärmelige Kleidung. Für nicht geschützte Areale wie Gesicht und Hände, ist die konsequente Anwendung von Sonnenschutzpräparaten notwendig.

? Was sind nach Ihren Erfahrungen die häufigsten Fehler beim Sonnenschutz – insbesondere bei Kindern?

Abeck: Am Morgen verlässt das Kind zwar noch gut Textil-geschützt das Haus. Es wird aber häufig vergessen, ein Sonnenschutzpräparat aufzutragen, das jedoch für den Schutz der Haut notwendig ist, wenn im Tagesverlauf mit ansteigenden Außentemperaturen das Textil ausgezogen wird. Zudem wissen viele Eltern noch nicht, dass der Lichtschutzfaktor die Alltagssituation in der Regel nicht widerspiegelt: Der Faktor wird erreicht, in dem eine definierte Schichtdicke von 2 mg/cm² verwendet wird. Untersuchungen haben ergeben, dass selbst Sonnenlicht-empfindlichen Personen nur maximale Schichtdicken von 1 mg/cm² auftragen – häufig sogar noch deutlich weniger.

? Wie kann der neue Dosierspender für Daylong®Kids SPF50 den Eltern helfen, die richtige Menge aufzutragen?

Abeck: Durch den neuen Dosierspender und eine detaillierte Dosiertabelle wissen Eltern zum ersten Mal, dass sie die Menge an Sonnenschutzmittel auftragen, die sie zur Erzielung des beabsichtigten Sonnenschutzes auch tatsächlich benötigen. Die Tabelle, die am Dosierspender befestigt ist, gibt Hinweise in welchem Alter und bei welcher Kleidergröße, wieviele Hübe auf den einzelnen Körperregionen aufgetragen werden sollen. Für eine optimale Verteilung werden z.B. bei einem achtjährigen Kind drei Hübe für das Bein benötigt. Man kann z. B. erst zwei Hübe auf dem Bein verteilen und nach 5 bis 10 Minuten den dritten Hub auftragen. In einem



Hub sind 1,2 g des Sonnenschutzpräparates enthalten.

? Welche Anforderungen stellen Sie an ein optimales Sonnenschutzmittel für Kinder und welche Vorteile bietet Ihrer Meinung das Sonnenschutzmittel Daylong®Kids SPF50?

Abeck: Daylong®Kids SPF50 schützt hochwirksam im UVB- und UVA-Bereich. Das Produkt ist extra wasserresistent, was besonders für Kinder sehr wichtig ist. Wie von einem hochwertigen Sonnenschutzpräparat erwartet wird, wird auf Duftstoffe und herkömmliche PEG-Emulgatoren verzichtet. Dexpanthenol, Glycerin und Aloe vera pflegen die Haut und sind feuchtigkeitsspendend. Durch die liposomale Grundlage lässt sich das Präparat hervorragend auf der Haut verteilen und zieht gut ein. Somit wird ein Wärmestau verhindert. Daylong®Kids SPF50 erfüllt damit alle Anforderungen, die an einen Sonnenschutz für Kinder gestellt werden.

Mit freundlicher Unterstützung der Spirig Pharma GmbH, Augsburg

HiPP setzt neuen Meilenstein bei Säuglingsnahrung:

Neue Generation der Säuglingsnahrung: HiPP Combiotik®

Orientiert am Vorbild Muttermilch bietet HiPP als erster und einziger Säuglingsnahrungs-Hersteller Anfangsnahrungen mit einer Kombination aus präbiotischen Ballaststoffen und probiotischen Milchsäurekulturen, die aus Muttermilch isoliert wurden.

Muttermilch ist die optimale Nahrung für Babys. Sie bildet mit ihren wertvollen Inhaltsstoffen und ihrer einzigartigen Zusammensetzung die beste Grundlage für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Mit ihren präbiotischen Inhaltsstoffen und probiotischen Kulturen sorgt sie u.a. für eine gesunde Darmflora, die bei Säuglingen nachweislich eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung der Darmfunktion sowie des Immunsystems spielt. Aufbauend auf neuesten Erkenntnissen aus der Muttermilchforschung hat die HiPP-Ernährungswissenschaft mit der HiPP Combiotik® eine völlig neue Generation Milch-nahrung entwickelt, die wertvolle Inhaltsstoffe nach dem Vorbild der Muttermilch enthält. Dabei ist es erstmals gelungen, die Kombination aus dem Probiotikum *Lactobacillus fermentum hereditum*®, einer aus der Muttermilch isolierten Kultur, und dem Präbiotikum Galacto-Oligosaccharide (GOS) in einer Säuglingsnahrung zu vereinen. Diese neuartige Kombination, die nach dem Vorbild der Muttermilch entwickelt wurde, erwies sich in klinischen Studien als sicher und effektiv und kommt damit den Forderungen von Fachgesellschaften wie der ESPGHAN nach. Die Nahrungen gibt es ab sofort als HiPP Bio Combiotik® in der bewährten HiPP Bio-Qualität. Sie sind in den Stufen HiPP PRE und HiPP 1 als Anfangsnahrungen von Geburt an mit LCP erhältlich. Für das Beikostalter gibt es die HiPP 2 und HiPP 3 Folgenahrungen ab dem 6. bzw. 10. Monat. Für Kleinkinder ab dem 12. Monat bzw. ab 2 Jahren sind spezielle Kindermilchen auf dem Markt. Bei erhöhtem Allergierisiko empfiehlt sich die neue HiPP HA Combiotik® Anfangs- und Folgenahrung.

HiPP bietet damit als erster Hersteller eine pro- und präbiotische Säuglingsnahrung nach modernen wissenschaftlichen Kriterien an, die zusätzlich noch mit Bio-Qualität aufwarten kann! Mit der neuartigen Kombination aus Pro- und Präbiotika

kommt HiPP dem Vorbild Muttermilch wieder einen deutlichen Schritt näher – für eine optimale Entwicklung des Kindes.

Bedeutung von Pro- und Präbiotika für die Darmmikrobiota

In den letzten Jahren ist die Darmmikrobiota („Darmflora“) des Säuglings immer mehr in den Focus der Wissenschaft gelangt. Man geht heute davon aus, dass das bei der Geburt noch unreife Immunsystem des Säuglings durch die Darmmikrobiota eine Art „Initialzündung“ erfährt, die für die Ausreifung von großer Bedeutung ist. Neben der Immunmodulation hat die Darmmikrobiota auch eine direkte Barrierefunktion, verhindert also die Adhäsion von Pathogenen an das Darmepithel. Die Verdrängung unerwünschter Keime wird darüber hinaus durch die Sekretion antimikrobieller Substanzen durch die Darmmikrobiota unterstützt.

Eine ganz entscheidende Rolle spielen in diesem Zusammenhang Pro- und Präbiotika. Probiotika sind lebende, nicht pathogene Mikroorganismen, die einen präventiven oder therapeutischen Effekt auf

den Organismus haben, ihm also einen gesundheitlichen Nutzen bringen. Diese Organismen müssen in aktiver Form in ausreichender Menge verabreicht werden und die Magen-Darm-Passage überleben. Präbiotika sind dagegen nicht lebende Substanzen (in der Regel Kohlenhydratverbindungen), die vom menschlichen Organismus weder verdaut noch absorbiert werden. Sie gelangen in tiefere Darmabschnitte und werden von der dort ansässigen Mikroflora fermentiert. Präbiotika stimulieren selektiv die „positiven“ Laktobazillen und Bifiduskeime und sorgen durch deren Vermehrung indirekt für eine Unterdrückung von unerwünschten Organismen. Sowohl Pro- als auch Präbiotika sind nachweislich in der Muttermilch vorhanden.

Die neuen HiPP Combiotik® Säuglingsnahrungen enthalten als erste Produkte ebenfalls eine Kombination aus probiotischen Milchsäurekulturen und präbiotischen Ballaststoffen. Beim Probiotikum setzt HiPP auf die Milchsäurekultur *Lactobacillus fermentum hereditum*®. Diese Kultur wurde aus Muttermilch iso-



liert und ist somit natürlichen Ursprungs. Das Präbiotikum Galacto-Oligosaccharide (GOS) wird aus Lactose gewonnen. Der Grundbaustein, die Galactose, findet sich auch in den Oligosacchariden der Muttermilch. GOS fördern eine gesunde Darmflora, sind im Einsatz in Säuglingsnahrungen bewährt und sehr gut verträglich.

Kombination aus Probiotik und Präbiotik effektiver als Präbiotik (GOS) alleine

Zwei klinische Studien bestätigen die Sicherheit, gute Verträglichkeit und positive Wirkung der Kombination von *L. fermentum hereditum*[®] und GOS. Unter der Leitung von Dr. Eduardo López-Huertas, Spanish High Council for Scientific Research, Granada, standen bei der ersten Studie Folgenahrungen für Kinder zwischen sechs und zwölf Monaten im Zentrum des Interesses. Das Ergebnis: Säuglinge, die die Kombination aus *L. fermentum hereditum*[®] und GOS erhalten hatten, gediehen altersgemäß und erlitten signifikant weniger Durchfälle und Atemwegserkrankungen als Kinder, die Folgenahrung mit ausschließlich GOS erhalten hatten. Die zweite Studie betrachtete die Sicherheit und Wirksamkeit der Kombination in Anfangsnahrungen für Neugeborene bei ähnlicher Testmethodik. Hier war die Inzidenz von Durchfällen ebenfalls signifikant niedriger. Wachstum und Gedeihen waren auch in dieser Studie altersgemäß und ohne Unterschied zur Vergleichsgruppe. Damit zeigen die Ergebnisse, dass Säuglingsnahrungen mit der Kombination der in HiPP Combiotik[®] verwendeten *L. fer-*

mentum hereditum[®] und GOS sicher und nutzbringend sind. Sie tragen zu einer gesunden Darmflora bei und beugen Durchfallerkrankungen vor.

HiPP Bio-Combiotik[®]: Für eine gesunde Entwicklung von Anfang an

Von der neuen Kombination aus Pro- und Präbiotik können Säuglingen von Geburt an profitieren: Vom Start mit der HiPP Anfangsmilch für Neugeborene über die HiPP Folgemilch ab dem 6. Monat bis hin zur Kindermilch für Kleinkinder – die neue HiPP Combiotik[®] unterstützt die Entwicklung des Kindes in den wichtigen Lebensphasen: Die HiPP PRE Bio-Combiotik[®] sowie die HiPP 1 Bio-Combiotik[®] orientieren sich am Vorbild Muttermilch und eignen sich bereits als Anfangsmilch optimal für die Ernährung der neugeborenen Säuglinge. Mütter, die entweder nicht stillen oder zufüttern wollen, können ihren Nachwuchs von Geburt an mit dieser gut bekömmlichen Milchmahlung versorgen, die darüber hinaus wertvolle langkettige, mehrfach ungesättigte Omega 3 und 6 Fettsäuren (LCP) enthält. Ab dem 6. Monat ist die HiPP Bio-Combiotik[®] Folgemilch die optimale Ergänzung zur Gläschenkost. Unter der speziellen Zugabe von Omega 3 Fettsäuren aus Rapsöl sind die HiPP 2 Bio-Combiotik[®] sowie die HiPP 3 Bio-Combiotik[®] ab dem 10. Monat ebenfalls sehr gut bekömmlich und altersgerecht sättigend. Auch Kleinkindernahrung steht bei HiPP nun ganz im Zeichen der Combiotik. Mit wertvollem Omega 3 anreichert unterstützen die beiden HiPP Bio-Combiotik[®] Kindermilchen ab dem 12. Monat und dem 2. Lebensjahr das ge-

sunde Wachstum. Bio-Qualität hat bei HiPP eine lange Tradition und übertrifft die Anforderungen der EU Bio-Verordnung. Die Kontrollen auf unerwünschte Stoffe sind bei HiPP strenger, als es der Gesetzgeber vorschreibt. Mit der HiPP Bio Combiotik[®] bietet HiPP die erste Säuglingsnahrung in Bio-Qualität und mit einer Kombination von Prä- und Probiotik an.

HiPP HA Combiotik[®]: Für eine allergenarme Ernährung

Bei erhöhtem Allergierisiko empfiehlt sich die hypoallergene Säuglingsnahrung von HiPP, die ab sofort ebenfalls die innovative Kombination aus natürlichen probiotischen Milchsäurekulturen und präbiotischen Ballaststoffen enthält. Durch die Eiweißspaltung sind die Nahrungen allergenarm. Das Eiweiß-Hydrolysat, welches in HiPP PRE HA Combiotik[®] und HiPP HA 1 Combiotik[®] enthalten ist, wurde im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie geprüft. Ergebnisse: das Risiko, eine atopische Dermatitis in den ersten zwei Lebensjahren zu entwickeln, war bei initial gestillten und/oder vorwiegend mit HA-ernährten Kindern vergleichbar. Es gab keinen signifikanten Unterschied im SCORAD zwischen gestillten und HA-ernährten Kindern am Ende des ersten Lebenshalbjahres. Auch nach dem 6. Monat können Eltern die hypoallergene Ernährung mit der HiPP HA 2 Combiotik[®] und HiPP HA 3 Combiotik[®] Folgenahrung weiter fortführen.

Nach Informationen von HiPP GmbH & Co. Vertrieb KG, Pfaffenhofen

Eine andere Art, die Welt zu sehen

Der Bestseller von THOM HARTMANN – Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

Der Amerikaner Thom Hartmann, Jahrgang 1951, selbst ADD-Betroffener, hat sich intensiv mit dem Brennpunkthema ADD auseinandergesetzt und durch eigene Erfahrungen und den Dialog mit anderen Betroffenen das „Jäger- und Farmer-Prinzip“ auch Außenstehenden nahegebracht.

Mit diesem Buch werden ADDlern die möglichen Ursachen und das Ausmaß ihrer Verhaltenseigenart und damit verbundenen Wege des besseren Verstehens sowie sinnvolle Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

SCHMIDT ROMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579

Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67 vertrieb@schmidt-roemhild.com
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81 www.schmidt-roemhild.de

Eine praktische Lebenshilfe für aufmerksamkeitsgestörte Kinder und Jugendliche

DIN A5, 168 Seiten, ISBN 978-3-7950-0735-5

€ 12,50

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.



6. ADHS-Gipfel, 25.–27. Februar 2011, Hamburg

Jugendliche mit ADHS: Therapie-Adhärenz als Schlüssel zum Therapieerfolg

Wie die Adhärenz bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen gesteigert werden könne, diskutierten die Teilnehmer auf dem 6. ADHS-Gipfel der Janssen-Cilag GmbH.* Als Anreiz hierfür wurden der Führerschein ab 17 und die traditionelle Selbsthilfe betont. Mit Blick auf die Akzeptanz von Interventionen sollten bei der medikamentösen Therapie langwirksame Methylphenidat-Formulierungen (MPH), wie Concerta®, die möglichst den ganzen aktiven Tag abdecken, bevorzugt werden.

Dass die Akzeptanz für therapeutische Interventionen bei Jugendlichen mit ADHS gering ist, findet aktuell Bestätigung in einer Kohorten-Studie, die Professor Regina Bussing, Florida, vorstellte.¹ 148 Jugendliche im Alter von durchschnittlich 16,5 Jahren und 161 Eltern wurden nach ihrer Bereitschaft für verschiedene therapeutische Interventionen befragt. Ziel war es, neben möglichen Unterschieden auch denkbare Gründe für die Ablehnung einer Therapie zu eruieren.

„Wir haben festgestellt, dass das Wissen über die Therapie eine wichtige Voraussetzung für die Behandlungsbereitschaft darstellt“, erklärte Bussing. Insgesamt sei zu beobachten, dass Jugendliche grundsätzlich für alle Interventionen weniger zugänglich sind als ihre Eltern: Erfragt wurden neben kurz- beziehungsweise langwirksamer Medikation auch Psychoedukation, Verhaltenstherapie und Beratung. Hinzu kamen Aspekte wie traditionelle

Selbsthilfe und Schulinterventionen – diese wurden von den Jugendlichen am Besten bewertet.

Bei der Pharmakotherapie bevorzugten die Jugendlichen langwirksame Medikamente, da durch den Verzicht auf eine mehrmals tägliche Tabletteneinnahme eine Stigmatisierung ausgeschlossen werden könne. Bei der Beurteilung der Medikation sei auffällig, dass eine höhere Wirksamkeitserwartung die Behandlungsbereitschaft der Eltern zwar signifikant erhöht, nicht aber die der Jugendlichen. „Diese Unterschiede können zu Konflikten und zu vorzeitigem Therapieabbruch führen“, interpretierte Bussing und empfahl: „Wir sollten daher die Jugendlichen aktiv in die Behandlungsplanung mit einbinden.“

Für die Therapie motivieren

Eine Zusatzmotivation für eine bessere Adhärenz sah Professor Jörg Fegert, Ulm, im Führerschein ab 17. „Für diese Alters-

gruppe hat die Teilnahme am Straßenverkehr und vor allem der Erwerb des Führerscheins eine zentrale Bedeutung für ihre Autonomieentwicklung“, erläuterte der Experte. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass unbehandelte ADHS-Patienten in ihrer Fahrtauglichkeit eingeschränkt sind. Jedoch ließe sich durch eine Stimulanzientherapie das Fahrvermögen und die Verkehrssicherheit verbessern, so Fegert: Daher „ist es dringend erforderlich, dass wir unsere Patienten nicht nur über krankheits-, sondern auch über verkehrsbezogene Risiken informieren.“ Er empfahl, dieses Thema differenziert mit den Betroffenen zu erörtern.

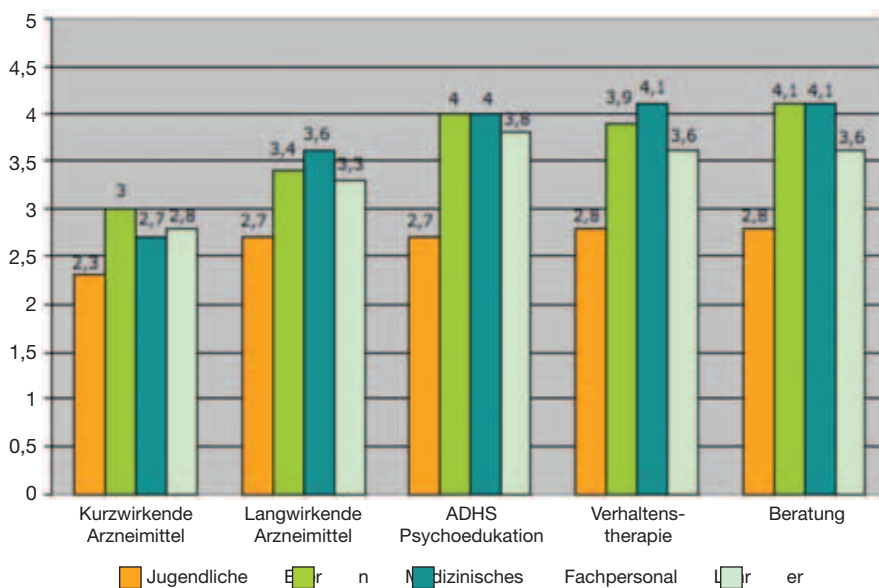
Nicht nur für die Verkehrsteilnahme, sondern auch für die Teilhabe am Berufsleben sei es wichtig, dass eine medikamentöse Therapie auch die späten Nachmittags- und frühen Abendstunden mit abdeckt, führte Professor Götz-Erik Trott, Aschaffenburg, aus. Der Wirkstoff MPH sei das Mittel der ersten Wahl. Mit einer Wirksamkeit von bis zu 12 Stunden ist Concerta® dabei die am längsten wirkende MPH-Formulierung.² „Retardformulierungen sind besonders bei Jugendlichen von großem Vorteil“, attestierte Trott, „da sie helfen, Stimmungsschwankungen zu verhindern.“ Zwar sei die medikamentöse Therapie kein Allheilmittel, aber letztlich die einzige effektive Möglichkeit, die Kernsymptomatik zu behandeln und so die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, resümierten Trott und Fegert.

* „ADHS: Bekanntes Problem – Neue Konzepte“, 6. ADHS-Gipfel der Janssen-Cilag GmbH, 25.–27. Februar 2011, Hamburg.

1 Bussing R et al. Understanding Willingness to Use ADHD Treatments: Results of a Mixed Methods Study. Poster NIMH RO1 MH57399.

2 Fachinformation Concerta®.

Nach Informationen von Janssen-Cilag GmbH, Neuss



Behandlungsbereitschaft von Jugendlichen, Eltern, medizinischem Fachpersonal und Lehrern anhand der 5-Punkte-Likert Skala (1: gar nicht, 5: sehr), modifiziert nach [1].

Ernährungslernspiel für kleine Patienten

Rundum erneuert: Nutrikid – Die Online-Abenteuerwelt für Kinder



„Nutrikid & Das Geheimnis der Pyramide“ ist ein beliebtes Onlinespiel für Kinder das nun vom Nestlé Ernährungsstudio und der Stiftung Lesen zu „Nutrikid – Die Abenteuerwelt, die durch den Magen geht!“ weiterentwickelt wurde. Ernährungswissenschaftler, Pädagogen und Programmierer haben das „abenteuerliche“ Ernährungsportal www.nutrikid.com für Heranwachsende gemeinsam mit weiten Spielen, Übungen sowie Arbeitsmaterialien ausgebaut. „Die neuen Nutrikid-Onlinespiele bringen Nahrungsmittel und Nährstoffe auf unterhaltsame Weise nahe. So wird die natürliche Neugierde der Kinder geweckt, das Interesse für die eigene Ernährung verstärkt und das Gespür für die Vorteile einer gesunden Lebensweise sensibilisiert“, so Dr. Elke Arms, Ernährungswissenschaftlerin im Nestlé Ernährungsstudio.

Die Abenteuer

Den Einstieg in die neue Abenteuerwelt finden die 7- bis 10-Jährigen über eine Weltkarte, nachdem sie sich eingeloggt haben. Mit einem Heißluftballon fliegen sie zu den einzelnen Abenteuern. Für erfolgreich bestandene Spiele erhalten die Kinder jeweils ein Abzeichen, das auf ihrer Weltkarten-Startseite angezeigt wird. Über eine Bestenliste können sich die Nutrikid-Spieler untereinander messen und vergleichen. In dem Spiel „Das Geheimnis der Pyramide“ suchen und erfahren die Kinder beispielsweise in mehreren Pyramidenkammern Wissenswertes über die Nahrungsaufnahme, die Herkunft der Lebensmittel und die verschiedenen Lebensmittelgruppen. Sie lernen darüber hinaus wichtige Körperfunktionen kennen und wie bedeutend Bewegung für die Gesundheit und das Wohlbefinden ist.

Unterstützung für Eltern und Lehrkräfte

Ergänzend zu den Online-Spielen haben das Nestlé Ernährungsstudio und die Stiftung Lesen Materialien erstellt, die im Bereich für Erwachsene zum Download angeboten werden. Broschüren mit Anregungen und Anleitungen für Spiele und Experi-



mente für zu Hause sowie den Unterricht unterstützen Eltern und Lehrer bei der Ernährungserziehung. Es gibt Bastelanleitungen für Kartoffelstempel, zum Modellieren mit Salzteig und für Experimente, die den Kindern physikalische Eigenschaften der Lebensmittel leicht verständlich nahe bringen: Die kleinen Forscher erleben unter anderem die Dichte von Flüssigkeiten und entdecken die faszinierende Wirkung von Sprudelwasser, das Rosinen im Wasserglas tanzen lässt.

Herausgeber: Nestlé Deutschland AG, Lyoner Straße 23, 60523 Frankfurt

Bereich für Fachkreise im Nestlé Ernährungsstudio

Nutrikid ist das Ernährungsspiel für Kinder. Wer sich als Erwachsener mit dem Thema beschäftigen möchte, findet im Nestlé Ernährungsstudio ein umfangreiches Service-Programm. Neu im Nestlé Ernährungsstudio ist ein exklusiver Bereich für Fachkreise. Dieser bietet nützliche Informationen und Tools rund um die gesunde Ernährung. Damit können Kinder- und Jugendärzte nach einer kostenlosen Registrierung von der Nestlé-Ernährungskompetenz profitieren.

In der Rubrik „Für die Ernährungsberatung“ stehen verschiedene Broschüren und Flyer zur Bestellung und zum Download bereit. Darüber hinaus können die Ärzte zahlreiche Artikel und interaktive Tools einfach und kostenlos auf ihrer eigenen Website einbinden. Ärzte gestalten damit einfach und kostenlos ihre Website für Patienten und Kunden noch attraktiver und lebendiger. Hierfür sind drei Rechner und 26 Artikel aus den Themenbereichen „Ernährung & Wissen“, „Fitness & Vitalität“, „Kind & Familie“ und „Wohlfühlgewicht“ verfügbar.

Kinderärzte können beispielsweise ihre Website mit dem Text „Das richtige Körpergewicht bei Kindern“ und dem dazugehörigen Body-Mass-Index-Rechner für Kinder ausstatten.

Web-Adresse: <http://fachkraefte.ernaehrungsstudio.nestle.de>



3.000 € für das Kompetenznetz Patientenschulung

- INFECTOPHARM spendet den Erlös aus dem Verkauf seiner Asthma-Instruktions-DVD an das gemeinnützige Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter
- Das Kompetenznetz Patientenschulung hat zum Ziel, die praktische Umsetzung der Patientenschulung im Sinne der Leitlinien und Versorgungsprogramme zu verbessern.

Im Rahmen der 8. gemeinsamen Jahrestagung der AG Asthmaschulung im Kindesalter e.V. (AGAS) und der AG Neurodermitisschulung e.V. (AGNES) überreichte die Firma InfectoPharm eine Spende in Höhe von 3.000 € an das *Kompetenznetz Patientenschulung (KomPaS)*. Das Kompetenznetz ist ein Zusammenschluss von erfahrenen Patientenschulern, die ihre Expertise bei der Therapie und Verhaltensschulung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen bündeln und damit das Bewusstsein für gesundheitsförderndes Verhalten stärken wollen. Ein wichtiges Ziel dabei ist die Vereinfachung und Standardisierung der Trainerausbildung durch Modularisierung.

„Eine chronische Erkrankung bedeutet, sich auf ein Leben mit Krankheitssymptomen und störenden oder zeitraubenden Therapieprozeduren einstellen zu müssen“, so Dr. Rüdiger Szczepanski, Vorstandsvorsitzender der AGAS und Sprecher von *KomPaS*. „Dabei wird den Betroffenen und Ihren Familien eine größere persönliche Verantwortung für den Verlauf der Erkrankung übertragen als akut Erkrankten, was oftmals als höhere Belastung empfunden wird“.

KomPaS unterstützt die Entwicklung von Schulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche sowie deren Familien, deren Evaluation und Implementation. Dies gilt insbesondere für weniger häufige bzw. seltene chronische Erkrankungen. Als Basis wird ein modulares Schulungsprogramm entwickelt. Dieses ist so konzipiert, dass mit einem verhältnismäßig geringen Aufwand sehr schnell auch für seltene chronische Krankheiten ein indikationspezifisches Programm implementiert werden kann. Zur Zeit befinden sich Programme für Mukoviszidose, Phenylketonurie, Nephrotisches Syndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Bauch-



Der Vorstandsvorsitzende der AG Asthmaschulung e.V. und Sprecher des Kompetenznetzes Patientenschulung, Dr. Rüdiger Szczepanski und Dr. Christian Koble (InfectoPharm) bei der Überreichung der Spende.

schmerz, primäre Immundefekte und Harninkontinenz in der Erprobung.

Darüber hinaus sollen durch Modularisierung und Zusammenführung der Trainerausbildung die Schulungskapazitäten erweitert werden. *KomPaS* ist ein eingetragener, gemeinnütziger Verein.

„Wir freuen uns sehr über die großzügige Spende, die wir in die Entwicklung und Implementierung weiterer Schulungsprogramme sowie der dazugehörigen Trainerausbildung investieren werden“, erklärte Dr. Szczepanski bei der Überreichung der Spende.

„Auch wir haben die Bedeutung der Patientenschulung für den Therapieerfolg und damit die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Asthma bronchiale erkannt“, so Dr. Manfred

Zöller, Gründer und Geschäftsführer von INFECTOPHARM. „Unsere Asthma-Instruktions-DVD, die wir in Zusammenarbeit mit der AG Asthmaschulung e.V. entwickelt haben, unterstützt niedergelassene Ärzte bei der Instruktion Ihrer kleinen Patienten und entlastet Sie im Praxisalltag. Wir freuen uns sehr, nun den vollständigen Gewinn aus dem Verkauf der ersten 300 DVDs zur Verfügung stellen zu können, um die wichtige ehrenamtliche Arbeit des Kompetenznetzes zu unterstützen“. Die Asthma Instruktions-DVD kann bei allen InfectoPharm-Fortbildungsveranstaltungen und auf Fachkongressen am INFECTOPHARM-Messestand für 10 € erworben werden.

Nach Informationen von INFECTOPHARM Arzneimittel und Consilium GmbH

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.

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

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-18, 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